Nr. 1. LUTY 1932 ROCZNIK V.

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

WARSZAWA

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 1 LUTY 1932 r.

2

Wypadki kolejowe i ich ofiary*)

Dr. BERMAŃSKI
Gdańsk.

Wśród wielkiej liczby nieszczęśliwych wypadków na kolei zdarzają się często takie, które nastręczają nam, lekarzom kolejowym, wielkie trudności w ich ocenie, gdy spowodowały pogorszenie istniejących już przed wypadkiem zmian chorobowych.

Nie zawsze w takich razach można uznać związek przyczynowy z nieszczęśliwym wypadkiem. Chęć pomożenia kolegom przy badaniach w Komisjach lekarskich pobudziła mnie do opracowania tego tematu.

Nim przejdę do omawiania niektórych chorób, na które mogą mieć wpływ nieszczęśliwe wypadki, muszę poruszyć ogólnie sprawę samego określenia t. zw. nieszczęśliwego wypadku, omawiając przytem warunki konieczne dla uznania odszkodowania wskutek wypadku.

Dla uznania wypadku należy brać pod uwagę następujące momenty:

a) powstanie i opis wypadku,

b) nagłe zadziałanie na organizm,

c) związek przyczynowy między działaniem a uszkodzeniem.

Wypadek musi wywołać objektywne zmiany jak np. obrzęk, zaczerwienienie skóry lub zmiany funkcjonalne; mniejsze zaś obrażenia, których następstwa znikają w krótkim czasie, zasadniczo nie mogą powodować w organizmie ludzkim zmian wewnętrznych. Nawiasem mówiąc, obojętny jest rodzaj uszkodzenia dla powstania najcięższej nawet choroby, można go uważać za tę kroplę, która spowodowała wylanie już napełnionej czary, t. j. istniejąca w zarodku choroba ujawniła się na skutek wypadku.

Przy ocenie wypadku konieczne jest zanalizowanie go w trzech kierunkach, a mianowicie należy stwierdzić 1) przyczynę wypadku, 2) czas

*) Referat wygłoszony w Bydgoszczy na zebraniu Koła Gdańskiego.

w jakim po wypadku nastąpiły zmiany chorobowe w organizmie poszkodowanego, 3) określić dokładnie miejsce zmian chorobowych, które powstały w organizmie w następstwie wypadku.

W większości wypadków istnieje poważna trudność w udowodnieniu przyczynowej łączności choroby z wypadkiem i dlatego nie należy zbyt pohopnie uznawać zależności choroby od wypadku jedynie dlatego, że choroba wystąpiła bezpośrednio po nim. Jeżeli więc trudno jest stwierdzić zależność choroby od wypadku, to tem ważniejsze jest przeprowadzenie dowodu czasowego i miejscowego, chociaż często zdarza się, że powstanie choroby zbiega się co do czasu z wypadkiem, nie mając z nim nic wspólnego. Nie rzadko zdarza się też, że poszkodowany zgłasza wypadek w terminie prawnie przekroczonym. Tu więc należy mieć na uwadze, że takie postępowanie jest nieraz krzywdzące, gdyż istnieją choroby, które odrazu nie dają objawów, a powstają dopiero znacznie później; do tych należą: ropień mózgu, urazowe zwężenie przełyku po skaleczeniu okolicy żołądka, nawroty zapalenia szpiku kostnego i t. d.

Stwierdzenie miejscowego związku przyczynowego nie przedstawia trudności ze względu na umiejscowienie choroby przy ranach, złamaniach, zwichnięciach lub bliznach. W wypadkach niemożności stwierdzenia umiejscowienia choroby przy ogólnych skargach poszkodowanego lekarz najczęściej uznaje upadek sił w następstwie doznanego urazu. Choroby powstające w związku z wypadkiem lub z warunkami pracy nazywamy chorobami wypadkowemi, przyczem powstanie choroby może nastąpić bezpośrednio po wypadku lub pośrednio. Bezpośrednie powstanie choroby jest jasne i nie wymaga bliższego określenia. Pośrednio zaś wskutek wypadku może nastąpić 1) pogorszenie istniejącej lub utajonej choroby i upośledzenie zdolności do pracy lub 2) powstaje nowa choroba, która nie jest w bezpośrednim związku z wypadkiem, ale która nie powstałaby w zwykłych warunkach życia i normalnej pracy. Tu muszę podkreślić zasadę, że ewentualna choroba, powstała na skutek zwykłej codziennej pracy, nie może być uważana jako wypadek. Chcąc przekonać się, czy istniejąca choroba powstała w zależności od uszkodzenia, a nie jest chorobą przypadkową, musimy przedewszystkiem stwierdzić, czy zaistniał wypadek, a następnie, czy mogła powstać choroba wskutek jednorazowego nadmiernego wysiłku fizycznego — lub — czy może choroba rozwijała się stopniowo w warunkach normalnej pracy, albo wreszcie, czy rodzaj wykonywanej pracy nie miał pobudzającego wpływu na pogorszenie istniejącej już choroby.

Przytem zwrócę odrazu uwagę na choroby powstające wskutek zmian temperatury, a mianowicie mam tu na myśli odmrożenie, które można uznać jako wypadek, o ile bardzo ostre zimno działało przez krótki okres czasu, a pierwsze objawy choroby nastąpiły szybko w ciągu kilku godzin i w czasie wykonywania jednej ciągłej pracy. Taksamo zaziębienie i przemoknięcie powodują bardzo często zachorzenia, których powstanie uzależniamy od szybkich zmian temperatury ciała. W ogólności zaziębienia nie uznaje się jako wypadek albo następstwo wypadku, bo po większej części organizm poddany jest wtedy przez dłuższy okres czasu działaniu szkodliwych wpływów atmosfery; jedynie, gdy objawy zaziębienia mogą być odniesione do pewnego, ściśle określonego faktu, który wywołał ostre działanie na organizm — powstałe w następstwie tego choroby mogą być uznane jako wypadkowe.

Ale i tu musimy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że o ile zostanie stwierdzona choroba w następstwie niezastosowania się do obowiązujących przepisów przy pracy, np., jeśli robotnik zagrzeje się przy pracy, a potem opuści miejsce pracy, nie nałożywszy wierzchniej odzieży, poczem nastąpi szybkie oziębienie się jego ciała, to ewentualna choroba nie będzie mogła być uznana jako wypadkowa, a więc uprawniająca do odszkodowania. Weźmy inny przykład u pracowników służby Ruchu. Personel ten, specjalnie konduktorzy, a ze służby Trakcji maszyniści, narażeni są na działanie zmian temperatury i wskutek tego często podlegają schorzeniom skóry lub dróg oddechowych. Jednak te zmiany chorobowe uznaje się jako zwykłe zjawisko, towarzyszące charakterowi służby kolejowej i dlatego nie są one uważane jako następstwo wypadku. Wyjątkowo, jeśli szkodliwy wpływ temperatury będzie można odnieść do krótkiego okresu czasu, najwyżej do jednego dnia i uszkodzenie wzgl. choroba wystąpi bezpośrednio po tym okresie, to uznaje się ono jako wypadek. Tu jako przykład można podać w czasie pory zimowej pracę robotnika torowego lub personelu pociągowego, który odsypując w ciągu kilku godzin śnieg, przy tej pracy się spocił, poczem poszedł na parowóz, odczuł silne dreszcze i zaczął narzekać na bóle w piersiach; okoliczności, w których powstały te zmiany chorobowe, przemawiają za tem, że choroba nastąpiła wskutek szkodliwych warunków pracy i poszkodowany ma wskutek tego prawo do żądania odszkodowania. To samo dotyczy i reumatyzmu, który może powstać w związku z zaziębieniem, jednak musi być stwierdzone, że przed wypadkiem odnośne stawy były zdrowe i objawy zapalne wystąpiły po raz pierwszy bezpośrednio po działaniu szkodliwych wpływów atmosfery.

Nim przejdę z kolei do omawiania gruźlicy, chcę w kilku słowach poruszyć kwestję uznawania zapalenia płuc za następstwo wypadku lub warunków pracy. Zapalenie płuc niekoniecznie musi być wywołane wielkiemi zmianami temperatury, raczej działanie silnego zimna może spowodować powstanie tej choroby. Jeśli więc robotnik pracuje w warsztacie, w którym temperatura wynosi -15⁰, a temperatura zewnętrzna jest blizką 0⁰, to nie może w krótkim czasie nastąpić tak znaczne oziębienie ciała, by powstało zapalenie płuc; działanie jednak większych zmian temperatury w ciągu jednej do dwóch godzin może zmniejszyć odporność tkanki płucnej, i istnieje możliwość powstania następowego zapalenia płuc. Dla uznania zapalenia płuc jako choroby wypadkowej należy stwierdzić, czy

1) działanie zimna nastąpiło w ściśle określonym czasie,
2) zostało udowodnione nagłe silne oziębienie ciała,
3) zapalenie płuc powstało w ciągu 24 — 48 godzin po działaniu zimna.

Przystępując obecnie do sprawy powstawania gruźlicy w następstwie urazu, w pierwszym rzędzie muszę poruszyć gruźlicę kości. I tu najczęściej mamy do rozstrzygania kwestję uznania gruźlicy stawu kolanowego jako choroby powstałej w następstwie urazu. Dla uznania wypadku musi być udowodnione, że

1) miejsce, które stało się potem siedliskiem gruźlicy, uległo silnemu uderzeniu,
2) zmiany gruźlicze wystąpiły nie przed czterema tygodniami i nie później jak 6 miesięcy po urazie, przyczem musi być ściśle podany czas, w którym nastąpił uraz i dokładne podanie miejsca urazu.

Uraz stawu może przyczynić się do reaktywacji nieczynnego ogniska gruźliczego, bez wątpienia jednak zewnętrzne działanie musi być bardzo znaczne. Weźmy jako przykład robotnika torowego, który w dzieciństwie przechodził zapalenie stawu kolanowego; podczas pracy, przy wsiadaniu na wózek uderzył się lekko w kolano, odczuł niewielki ból, pracował jednak dalej i dopiero w trzy miesiące po wypadku udał się do lekarza. Ten nie uznał przyczynowego związku z wypadkiem, lecz uważał, że uraz mógł spowodować pogorszenie istniejącej gruźlicy. Doświadczenie jednak uczy, że zmiany gruźlicze kości powstają przez przeniesienie zarazka z centralnego źródła, które najczęściej znajduje się w płucach. Wobec tego, że w danym wypadku w płucach zmian gruźliczych nie stwierdzono, a uraz był bardzo lekki, lekarz nie mógł tutaj uznać ani pośredniego, ani bezpośredniego związku przyczynowego powstałej choroby z wypadkiem.

Co do uznania gruźlicy płuc za następstwo wypadku lub warunków pracy, to należy mieć na to pewne dowody, trzeba wiedzieć, jak daleko choroba była posuniętą przed wypadkiem i czy wypadek, względnie warunki pracy, mogły spowodować pogorszenie istniejącej choroby płuc. Im prędzej następuje pogorszenie po wypadku, tem łatwiej da się ono uzależnić jako następstwo wypadku. Jeżeli jednak to pogorszenie następuje w późniejszym czasie, to decyzja jest bardzo trudna i nasuwa lekarzowi wiele wątpliwości; tu jedynie doświadczenie, dokładna znajomość przebiegu choroby i wykorzystanie o ile możności istniejących dawniejszych kart zdrowia może pomóc lekarzowi w ocenie wypadku.

Odszkodowanie za gruźlicę, uznaną jako wypadkową, niemieckie ustawodawstwo określa w wymiarze zarobku przed wypadkiem, szwajcarskie zaś ustawodawstwo zmniejsza odszkodowanie tym osobom, u których może stwierdzić skłonność do gruźlicy.

Po ogólnem omówieniu kwestji uznawania wypadków chcę jeszcze poruszyć sprawę przepuklin i choć pobieżnie omówić niektóre objawy chorób nerwowych, jak bóle, zawroty głowy, drżenia i symulacje, gdyż są to choroby, które nastręczają nam najwięcej trudności przy badaniach w kolejowych komisjach lekarskich.

Częste powstawanie przepuklin staje się przyczyną żądań odszkodowania przeważnie ze strony robotników. Jest to najtrudniejszy dział odszkodowań. Nie będę omawiał anatomji powstawania przepuklin, chcę tylko tu zaznaczyć, że w większości wypadków przepuklina rozwija się stopniowo w ciągu miesięcy i lat, a znaczniejsze wystąpienie jej może być przyspieszone przez wzmożony ucisk prasy brzusznej, przyczem wtedy występuje nagle całkowita przepuklina, widoczna zewnętrznie. Przy powstaniu przepukliny pachwinowej dla uznania jej jako wypadkowej musi nastąpić nagłe wytworzenie się przy nienormalnie rozszerzonym kanale pachwinowym, i dlatego tylko te nieszczęśliwe wypadki mogą wchodzić w grę, które powodują silne wzmożenie prasy brzusznej. Najważniejszą rolę odgrywają tutaj momenty nadmiernego wysiłku, jak naprzyklad, wysiłek przy przesuwaniu wagonu lub przy przeładowywaniu towarów z jednego pociągu do drugiego i t. p., jednak uznanie jako wypadku uzależnia się od tego, by wysiłek przekraczał normę zwykłej pracy. Przepuklina może powstać bezpośrednio np. przy uderzeniu w brzuch podczas przenoszenia belki, przy upadku na róg skrzyni, przy uderzeniu młotkiem w brzuch i t. p. Pośrednie powstanie przepukliny może nastąpić przez wyślizgnięcie się lub upadek przy podnoszeniu, noszeniu lub rzucaniu ciężkich przedmiotów, np. jeśli robotnik

potknie się, niosąc, o kawał drzewa lub kamień, przyczem, by uniknąć upadku, nagle przegnie ciało w tył; lub też, gdy robotnik drogowy np. przy podnoszeniu szyny wyślizguje się, upada w tył i po podniesieniu się stwierdza przepuklinę. Częste wypadki przepuklin trafiają się u służby konduktorskiej, np. konduktor wypada w czasię jazdy z platformy, zawisa na płaszczu i wciąga się na platformę z powrotem, używając przytem nadzwyczajnego wysiłku fizycznego. Są to pośrednie skutki wysiłku, który wymaga silnego naprężenia mięśni brzusznych i nagłego zwiększenia ucisku prasy brzusznej.

Dla uznania przepuklin, jako powstałych w związku z wypadkiem, muszą być stwierdzone następujące momenty:

1) poszkodowany wskutek silnych bóli zmuszony jest do natychmiastowego opuszczenia pracy i zostaje natychmiast odprowadzony do lekarza, który stwierdza bladość, przyśpieszenie tętna oraz silny ból w miejscu powstania przepukliny, przyczem nie rzadko poszkodowany traci przytomność; w braku tych objawów należy uważać, że przepuklina była już przygotowana i wystąpiłaby i bez wypadku.

2) Przepuklina musi być mała i nie da się łatwo odprowadzić.

3) Następstwa wypadku nie mogą ulegać wątpliwości, o ile mechanizm ich powstania może być wytłomaczony wzmożoną działalnością prasy brzusznej.

4) Wielkie i ruchome przepukliny przemawiają przeciw związkowi z wypadkiem.

5) Zapatrywanie, że wkrótce przed wypadkiem przeprowadzone badanie, stwierdzające brak przepukliny, przemawia za powstaniem jej wskutek wypadku, jest niesłusze, gdyż znane są fakty, że przepuklina znika czasem na dłuższy okres czasu, by potem znów powstać.

W sprawie odszkodowania za przepukliny—ustawodawstwo niemieckie uznaje tylko takie przepukliny, które powstały przy pracy wskutek urazu lub wielkiego wysiłku, przyczem nie muszą być one wielkie przy wązkim kanale pachwinowym.

W Niemczech normalnie daje się odszkodowanie 10%, zaś w wypadkach, w których ciężka praca nie może być wykonywana i nawet przy użyciu pasa jest utrudniona, przyznaje się 15 — 20%, w zależności zaś od zawodu, przy stałych bólach i niemożności utrzymania przepuklin pasem, odszkodowanie dochodzi nawet do 75%. Podwyższenie renty następuje, o ile na miejscu ucisku paska powstaje zapalenie i o ile wskutek wypadku przepuklina uległa zwiększeniu mimo noszenia pasa. Podwyższenie renty lub wogóle uznanie odszkodowania winno także nastąpić, gdy przepuklina uległa uwięźnięciu, znane bowiem są wypadki, iż przepuklina powstała w następstwie wy-

padku i uznana jako wypadkowa, po pewnym dłuższym czasie uległa uwięźnięciu, dokonany zabieg operacyjny nie udał się i poszkodowany zmarł. Rodzina zażądała odszkodowania, słusznie twierdząc, iż śmierć nastąpiła wskutek poprzednio doznanej przepukliny, uznanej za wypadkową.

Nie uznaje się podwyższenia renty, o ile zostało stwierdzone: a) zwiększenie przepukliny, lecz pas nie był używany i b) o ile pogorszenie nastąpiło na skutek zwykłej normalnej pracy lub też w następstwie niestosowania się przy pracy do obowiązujących przepisów.

Austrjackie ustawodawstwo uznaje za normę odszkodowania 6% i tylko w wypadkach bezpośredniego uszkodzenia przez uderzenie, pchnięcie lub upadek wzgl. przy nadzwyczajnym wysiłku fizycznym. Szwajcarja uznaje tylko nagle powstałą całkowitą przepuklinę i nie daje żadnego odszkodowania, natomiast nakazuje przeprowadzenie operacji radykalnej, którą opłaca. W wypadkach nagłej recydywy ustawodawstwo to żąda, by poszkodowany rychło poddał się badaniu lekarskiemu, gdyż w miesiąc po operacji trudno stwierdzić, czy istnieje nagła recydywa. Możliwość powstania recydywy uznaje się w okresie 5-ciu do 6-ciu lat.

U nas na Kolei sprawa ta nie jest ściśle unormowaną, odszkodowanie przyznaje się w wysokości 25%. Celowem byłoby, zamiast odszkodowania, wprowadzić wzór szwajcarski załatwiania przepuklin w związku z wypadkami.

Z chorób nerwowych chcę poruszyc częste żądanie odszkodowania wskutek bólu głowy. Skargi te należą do najmilszych dla tych, którzy chcą być chorzy i otrzymać odszkodowanie wskutek nawet mało znaczącego urazu. Ból głowy nie wymaga specjalnych wyjaśnień w takich chorobach jak wada serca nieskompensowana, cukrzyca, choroby nerek, procesy chorobowe w jamie czaszkowej, a także i w chorobach zakaźnych lub przy małokrwistości. Jeżeli jednak istnieje tylko ból głowy, to należy stwierdzić jego charakter i częstość jego napadów. Przy częstych bólach trzeba myśleć o neuralgji supraorbitalnej, przy długotrwałych zaś o hemikranji. Pierwsza powoduje bóle napadowe rano, które zmniejszają się popołudniu, przyczem często bywają następstwem kataru; objawy ustępują w ciągu paru tygodni. O ile chory skarży się na bóle głowy raz w tygodniu lub na miesiąc, które wzmagają się z godziny na godzinę, są to objawy hemikranji; podobnie występują bóle głowy przy kile i arteriosklerozie. Zaleca się każdego skarżącego się na bóle głowy, trwające tygodnie, przekazać do okulisty, gdyż może chodzić o stwierdzenie guza mózgowia lub objawów wiądu rdzenia albo przewlekłego zapa-

lenia nerek. Przemijający ból głowy następuje w rezultacie nadmiernego używania tytoniu lub nawykowego zatruwania się denaturatem, przyczem występuje wtedy zapalenie nerwu ocznego. Neurastenicy mają różnego rodzaju bóle głowy, posiadają one jednak jedną wspólną cechę, że są trwałe, ale nie przeszkadzają nocą i zwiększają się przy wysiłku lub nadużywaniu nikotyny. Ból głowy po zranieniach da się objektywnie stwierdzić, ludzie tacy unikają pracy w pozycji zgiętej lub w hałaśliwem otoczeniu, nie znoszą alkoholu, gorąca, rażącego światła, przyczem bez uzasadnionego powodu ulegają podrażnieniu. Miejsce zranienia jest bardzo wrażliwe na opukiwanie. Są to objawy zrostu okostnej z oponą mózgową. Jeśli ból po urazie czaszki promieniuje, to mamy do czynienia z neurastenją lub abscesem, o ile ból zjawia się w nocy i towarzyszą mu nudności. Kaszel i kichanie wzmagają bóle przy stanach zapalnych jamy czołowej, przy migrenie i nadużywaniu alkoholu. Kaszel jednak nie ma wpływu na wzmożenie bólu głowy przy histerji i neurastenji.

Przy uszkodzeniach czaszki spotykamy się ze skargami na zawroty głowy. Przy nieznacznych nawet urazach czaszki można stwierdzić uszkodzenie w labiryncie, co potwierdzają zmiany chorobowe organu słuchowego. Jeśli stwierdzi się zmiany w nerwie słuchowym i przedsionkowym, to zawroty głowy mogą występować nawet w parę tygodni po urazie. Jeśli obok zawrotu głowy, trwającego dłuższy czas, konstatujemy objawy wzmożonego ciśnienia w czaszce, to mamy do czynienia z ropniem mózgu. O ile chory, podając subjektywne objawy zawrotu głowy, uda się sam do lekarza, nie obawiając się, że dostanie silnych zawrotów głowy lub ulegnie utracie przytomności, szczególnie w ruchliwych miastach, gdzie panuje wielki hałas i zgiełk, to skargi te budzić muszą wątpliwości. Z innych objawów chorób nerwowych należy wspomnieć o drżeniu. Często te objawy są symulowane lub przesadzone. Drgawki te charakteryzują się tem, że o ile są naturalne, nie powodują zmęczenia, choć nieraz trwają godzinami, przyczem rodzaj ich nie ulega zmianie. Dlatego też wskazaną jest dokładna znajomość charakterystycznych drgawek przy różnych chorobach, by móc je odróżnić od symulowanych, gdyż często ma się tu do czynienia z mistrzami symulacji. W wypadkach podejrzenia o symulację należy odwrócić uwagę badanego i wtedy można stwierdzić, czy drgawki istnieją faktycznie. Jeżeli, np., chcemy stwierdzić, czy drżenie palców nie jest symulowane, to zamyka się wszystkie palce prócz jednego i stwierdza się, czy i on ulega drżeniu; lub można uchwycić rękę, kierując ją do tyłu i przytem stawiać jakieś pytanie, — jeśli wtedy palce nie drżą, jest to dowód symulacji.

Symulant po paru minutach męczy się, działalność serca ulega przyspieszeniu, drżenie staje się coraz większe, dłuższe i nierówne. Dobry też jest sposób sprawdzania symulacji tej przez nakazanie pisania w powietrzu figur, przyczem wtedy zwraca się uwagę na zachowanie się drugiej kończyny lub części ciała, podlegającej rzekomo drżeniu. Przy drżeniu nóg należy chorego położyć na brzuch i kazać mu podnieść nogę w zgiętem kolanie, — jeśli noga się nie trzęsie, to jest to objaw symulacji. Symulować można nie choroby, a tylko objawy chorób, których się w rzeczywistości nie stwierdza i które nie tłomaczą się wypadkiem. By nie dać możności symulowania, wszelkie objawy chorobowe, powstałe w następstwie wypadku lub warunków pracy, winny być w świadectwie lekarza rzeczowo i dokładnie opisane i umotywowane. Znane są wypadki, gdzie przyznawano odszkodowanie jedynie za ból w następstwie wypadku. Takie odszkodowania nie mogły by mieć miejsca, gdyby lekarz miał w stałej obserwacji takiego poszkodowanego i sprawdzał bóle na ucisk w różnych czasokresach i okolicznościach. Przy takich badaniach należy zawsze pamiętać o koniecznosci odwrócenia uwagi badanego, starając się zainteresować go inną sprawą. Przesadzone bóle przy lekkiem dotknięciu palcem lub pędzlem miejsca urazu przemawiają za symulacją. U chronicznych alkoholików, reumatyków i palaczy bóle w następstwie wypadku są ciężkie jak u innych. Z objektywnych objawów może być symulowane uszkodzenie wzroku, słuchu, podrażnienie spojówek, zesztywnienie, a nawet krwioplucie. Mogą tu jednak być symulowane jedynie pojedyncze objawy choroby, ale nie cały obraz chorobowy, np. cukrzyca przez dodanie do moczu cukru, lub osłabienie pojedynczych członków ciała przez celowe nieużywanie ich przez dłuższy czas, wskutek czego powstają zaniki mięśni. Zesztywnienie symulowane da się łatwo zdemaskować w narkozie. Krwioplucie symuluje się w ten sposób, że przez ssanie i tarcie języka o dziąsło sprowadza się krwawienie, w następstwie czego występuje krwawa ślina, która wydziela się z kaszlem. Jedną z najbardziej wyrafinowanych symulacyi jest wywołanie sztucznego obrzęku zapomocą okrężnego zasznurowania kończyny, trzymając ją przez dłuższy czas do góry. Okrzęk taki po nałożeniu wilgotnego okładu szybko znika. Jeżeli więc w jakiś czas po wypadku stwierdza się nie dający się uzasadnić obrzęk, to należy myśleć o symulacji. Łatwe jest bardzo symulowanie kulania.

W ten sposób wyczerpałbym mniejwięcej obraz zmian chorobowych, powstałych w związku z wypadkami lub w zależności od wpływów atmosferycznych, a także i nieodpowiednich warunków pracy.

W końcu chcę jeszcze zwrócić uwagę na ważność pierwszego orzeczenia, które razem z protokułem o wypadku stanowi główny akt dla dalszych dochodzeń. Przy wystawianiu orzeczeń należy zatem być ostrożnym i gdy niema danych co do zmian chorobowych istniejących przed wypadkiem, ograniczyć się raczej do stwierdzenia, że choroba mogła istnieć przed wypadkiem. Gdyby w toku dalszych badań okazało się, że faktycznie istnieje związek między wypadkiem a chorobą, to zawsze można błąd naprawić, gorzej jednak sprawa się przedstawia, jeśli badający lekarz odrazu w pierwszem orzeczeniu kategorycznie stwierdza łączność choroby z wypadkiem. Pozatem należy pamiętać o tem, że samo stwierdzenie uszkodzenia w związku z wypadkiem jedynie na podstawie oświadczenia poszkodowanego nie jest jeszcze równoznaczne z uznaniem prawa do odszkodowania z powodu zmian chorobowych pourazowych; dla uznania bowiem wypadku konieczną jest znajomość okoliczności, w jakich wypadek powstał i czy powstanie jego nie nastąpiło z winy poszkodowanego. A zatem bez protokułu o wypadku, a jedynie tylko na podstawie oświadczenia poszkodowanego, nie należy używać druków czerwonych dla pierwszego orzeczenia, przekazów szpitalnych i recept, gdyż naraża to wystawiającego na konsekwencje prawne.

Przy załatwianiu spraw wypadkowych winien lekarz ograniczać się do odpowiedzi ścisłej jedynie na konkretnie postawione pytania i wrazie stwierdzenia skutków wypadku, mającego dawniej miejsce, ale niestojących w związku z nowym wvpadkiem, nie wspominać o nim w orzeczeniu.

Nie mogę wreszcie pominąć milczeniem faktu, szczególnie w wypadkach z osobami postronnemi, że często nadmierne żądania poszkodowanych zostają ostatecznie rozstrzygane w sądach, dlatego należy unikać wszelkich wątpliwości i niedomówień, które umacniają poszkodowanego w jego rzekomem prawie do odszkodowania i dają pole obrońcom prawnym — wskutek niejasnego orzeczenia lekarskiego — do przeforsowania w sądzie nieraz niesłusznego prawa do odszkodowania.

W myśl tych wywodów zaleca się przy wystawianiu orzeczeń, które są dokumentami, o jak najbardziej treściwe i naukowe umotywowanie udowodnionych objawów chorobowych.

Kończąc swój referat, proszę Kolegów o nietraktowanie go jako pracy naukowej, gdyż — jak to na początku zaznaczyłem — miał on za cel jedyny pomóc kolegom w zawiłych sprawach odszkodowań wypadkowych.

O znaczeniu leczenia zapobiegawczego ze względów socjalnych i ubezpieczeniowych

Dr. EDMUND BOCZKOWSKI
Naczelny Lekarz Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu.

Wychodząc z założenia, że organizm społeczny jest jakby odtworzeniem organizmu pojedynczej jednostki socjalnej, należałoby uznać, że cały mechanizm życia społecznego jest całkowicie uzależniony od sprawności fizyczno psychicznęj pojedynczych jednostek. Wiemy, że sprawność fizjologiczna organizowanych i wyspecjalizowanych komórek ciała ludzkiego posiada wielkie znaczenie i że stany chorobowe mogą łatwo doprowadzić do większego a nawet zupełnego ograniczenia zdolności do walki o byt, o ile chory organizm nie będzie leczony, nawet przez dłuższy czas. To samo można powiedzieć o organizmie społecznym, który w swej sprawności jest zupełnie zależny od chorób, noszących miano chorób społecznych i zawodowych: taki organizm, przytem wysoko skomplikowany, wymaga również leczenia, lecz już leczenia masowego, w którem zapobieganie przeistoczeniu się cierpień początkowych w stan poważniejszy grożący niedołęstwem zawodowem jest, mojem zdaniem, bezwzględną koniecznością.

Możemy się zawsze przekonać, że odporność społeczeństwa jest całkowicie uzależnioną od odporności pojedynczych jego jednostek . składowych; również wydajność pracy i dobrobyt organizowanego społeczeństwa jest zależny od jego odporności.

Obserwujemy obecnie skutki działań wojennych na terenie Polski w latach 1914 — 1920. Widzimy rzesze inwalidów wojennych, wdów i sierot, widzimy oddalone skutki inwalidztwa wojennego, idące w pokolenia, widzimy zwyrodnienie fizyczne i psychiczne w następstwie przebytej wojny wraz z zubożeniem ogólnem, osłabieniem odporności fizycznej i psychicznej, bezrobocie, utrudnioną socjalną pozycję kobiety i brak należytej opieki wychowawczej nad dziećmi,

przyszłymi obywatelami kraju i t d. Skomplikowane warunki walki o byt materjalny prowadzą jednocześnie do wzrostu liczby inwalidów cywilnych, a wraz z tem wzmagają się świadczenia inwalidzkie i lecznicze.

Dlatego szereg instytucji społecznych, celem uzdrowienia społeczeństwa, organizuje ośrodki zdrowia, w skład których wchodzą Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem. Stacje przeciwgruźlicze, Stacje przeciwjaglicze, przeciwgośćcowe, przeciwweneryczne i t. d. Tworzą się żłobki dla niemowląt, uruchamiają zakłady przyrodo-lecznicze, szkoły-uzdrowiska dla dzieci, prowadzą specjalne kursa, wychowują kadry higjenistek społecznych dla wychowania i uświadomienia w zasadach higjeny społecznej, osobistej i zapobiegawczej już od lat dziecięcych przyszłych obywateli kraju! Wielka rola higjenistek społecznych polega również na uświadomieniu biedniejszych pracujących jednostek społeczeństwa, wśród których wskutek kryzysu mieszkaniowego, połączonego z obniżeniem dobrobytu, gnieżdżą się przeważnie choroby zakaźne o charakterze społecznym, groźne dla całego społeczeństwa; tam właśnie higjenistki społeczne wnoszą swą ofiarną pracą oświatę fachową i ogólną. Higjenistki społeczne opiekują się zdrowiem młodzieży. uświadamiając młode pokolenie o konieczności przestrzegania zasad higjeny osobistej i ogólnej, pracują w charakterze higjenistek szkolnych i przy stacjach sanitarnych, przy stacjach opieki nad niemowlęciem prowadzą mleczne kuchnie, pracują przy stacjach przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych, jak również i przy innych ośrodkach zdrowia oraz opieki nad ubogimi.

Całe społeczeństwo przyjęło udział w organizowaniu środków walki ze zwyrodnieniem rasy; powstały w ten sposób zorganizowane towarzystwa walki i zapobiegania gruźlicy, chorobom wenerycznym, jaglicy, gośćcowi, alkoholizmowi, rakowi i t. d.

Biorąc pod uwagę ciężkie i powikłane powojenne stosunki zdrowotne i walki o byt materjalny, nie można się dziwić, że w podobnych atypowych warunkach następuje okresowo mniej lub więcej zaznaczający się zanik instynktu samozachowawczego, który jest niebezpieczny dla otoczenia, naogół osłabionego w swej odporności okresem działań wojennych. Ciężkie warunki bytu materjalnego oraz choroby społeczne, dla których czasy wojenne z następczą destrukcją życia społecznego, przy masowej depresji psychicznej są dobrem podłożem dla ich szerzenia się, przechodzą w dalsze pokolenia, wymagając uporczywej, logicznej i bezustannej walki rozliczonej na długie lata cierpliwej i trudnej pracy nad uporządkowa-

niem stosunków gospodarczych, a od tego w wysokim stopniu zależnych stosunków zdrowotnych.

W tej walce, której celem jest uzdrowienie społeczeństwa, wielką rolę odgrywają Instytucje Ubezpieczeniowe krótkoterminowe (Kasy Chorych) i długoterminowe (Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Fizycznych.)

Widzimy, że powstają zorganizowane przez powyższe instytucje, uruchomione według ostatniego słowa techniki naukowej i przeznaczone dla leczenia ubezpieczonych zakłady przyrodo-lecznicze i sanatorja, jak Zakład Leczniczo-Kąpielowy w Iwoniczu Ogólno Państwowego Związku Kas Chorych, Zakład Leczniczo-Kąpielowy w Inowrocławiu Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, Sanatorjum dla płucnochorych w Ludwikowie Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu oraz Szkoła-Uzdrowisko dla słabowitych dzieci w Kiekrzu również O. Z. K. CH. na Województwa Poznańskie i Pomorskie w Poznaniu. Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie, Poznaniu, Królewskiej Hucie i we Lwowie organizują i prowadzą zakłady leczniczo-zapobiegawcze położone na terenie poważniejszych uzdrowisk krajowych, które pod względem leczniczym zupełnie nie ustępują zdrojowiskom zagranicznym. W ten sposób wzmaga się rozwój ojczystych ośrodków klimatyczno-zdrojowych, a wartości lecznicze tych miejscowości klimatycznych w wysokiej mierze powracają leczonym zdrowie i wydajność ich pracy zawodowej. Jeszcze więcej celową stanie się akcja lecznicza Kas Chorych i akcja zapobiegawczo-lecznicza Z. U. P. U., gdy w miarę polepszania się organizacji nastąpi dokładne skoordynowanie się tych dwóch instytucji ubezpieczeniowych, z których zadaniem pierwszej jest opieka nad chorym ubezpieczonym i pomoc materjalna leczonemu i jego rodzinie podczas krótkotrwałej niezdolności do pracy zawodowej, a zadaniem drugiej instytucji ubezpieczeniowej jest opieka nad bezrobotnymi i ich rodzinami, opieka nad niezdolnymi do pracy przez dłuższy czas, tak wskutek choroby jak i wypadku, opieka nad wdowami i sierotami po zmarłych ubezpieczonych, a przytem dobrowolna akcja leczenia zapobiegającego niezdolności do pracy zawodowej.

Wielkie również znaczenie posiada akcja budowlana Z. U. P. Umysłowych i Fizycznych, którą należy rozpatrywać z punktu widzenia wzmożenia się dobrobytu pracowników, zmniejszenia bezrobocia, stworzenia nowych placówek pracy społecznej oraz poprawy stanu zdrowotnego.

Studjując inwalidztwo zawodowe i ogólne w szeregu specjalności lekarskich, przekonałem się wielokrotnie, jak wielkie znaczenie dla

zmniejszenia stopnia inwalidztwa zawodowego, czyli dla przywrócenia zawodowei czynności do zarobkowania, posiada leczenie zapobiegające inwalidztwu, oczywiście przy stosowaniu go celowem. Lecz nietylko leczenie zapobiegawcze jest czynnikiem przywracającym zdolność do zarobkowania, lecz każde leczenie faktyczne jest w większości wypadków jednocześnie leczeniem zapobiegającem niezdolności do pracy. Celowe kombinowanie tych obydwu akcyi leczniczych (leczenia zapobiegawczego i leczenia faktycznego) daje najlepsze wyniki; jako dowód przytoczę kilka charakterystycznych przypadków.

Ubezpieczona Pani J. z Poznania cierpiała przez dłuższy czas na chorobę Basedowa z charakterystycznemi jej objawami: silnym wytrzeszczem oczu, przyspieszeniem tętna, wzmożeniem czynności mięśnia sercowego, drżeniem kończyn, przy objawach silnie wzmożonej pobudliwości układu nerwowego ośrodkowego. Powyższy zespół objawów klinicznych choroby Parry, pomimo leczenia konserwatywnego, z biegiem czasu coraz to więcej się wzmagał i stawał się coraz groźniejszym dla prognozy życiowej.

Ponieważ u chorej Pani J. stwierdzano szybko wzmagające się nasilenie objawów chorobowych, które w związku z silnem wycieńczeniem organizmu wskutek wzmożonej przemiany materji prowadziło do zwyrodnienia i wyczerpania mięśnia sercowego, zabiegu operacyjnego nie można było bez poprzedniego leczenia przygotowawczego wykonać. Dlatego zaproponowałem ubezpieczonej wyjazd do Zakładu Leczniczo-Zapobiegawczego w Międzychodzie z ramienia Z. U. P. U. w Poznaniu celem dwumiesięcznego leczenia przedwstępnego zapomocą odpowiednich leków i zabiegów fizykalnych przy usilnem odżywianiu dietetycznem i leżeniu w łóżku. W tym czasie chora przebyła kilka bardzo ciężkich napadów sercowych, lecz z drugiej strony zaznaczyły się wyraźne objawy ogólnej poprawy, cechującej się pewnem złagodzeniem stanu chorobowego oraz polepszeniem odżywiania organizmu.

Wobec tego chora została zwolniona z Zakładu Leczniczego w Międzychodzie celem leczenia ambulatoryjnego w Kasie Chorych zapomocą specjalnych zabiegów przygotowawczo-leczniczych, po ukończeniu których miano przeprowadzić zabieg operacyjny. Wreszcie w roku 1930 chora została przekazana przez Kasę Chorych m. Poznania do szpitala celem wykonania zabiegu operacyjnego.

W roku 1931 Pani J. po przebyciu operacji złożyła podanie do Z. U. P. U. w Poznaniu o przyznanie jej prawa do leczenia, mającego na celu utrwalenie skutków przebytej operacji. Objawy chorobowe prawie zupełnie się cofnęły, chora utyła, odczuwała jedynie bezsen-

ność z objawami bezprzyczynowego niepokoju. Zaleciłem chorej wyjazd do Żegiestowa na okres 6 — 8 tygodni dla utrwalenia skutków leczenia operacyjnego.

Powyższy przypadek wyjaśnia znaczenie i stosunek leczenia zapobiegawczego niezdolności do zarobkowania do leczenia faktycznego. W wyniku stwierdzamy, że Pani J., ubezpieczona w Z. U. P. U. w Poznaniu i w Kasie Chorych m. Poznania, w roku 1930 była zupełnie niezdolna do pracy zawodowej, a po przeprowadzeniu leczenia zapobiegawczego i faktycznego jest obecnie w roku 1931 do pracy zawodowej zdolną.

Pracując od 10 lat w inwalidztwie wojennem i cywilnem, widziałem nieraz piękne wyniki przy kombinowaniu i skoordynowaniu leczenia zapobiegawczego z leczeniem faktycznem w różnych specjalnościach medycyny. Jako typowy przytoczę przypadek z pracy mej wśród inwalidów wojny światowej.

Inwalida wojenny p. R. z Poznańskiego przybył do szpitala wojskowego w Poznaniu z objawami przewlekłego ropienia w lewej zatoce opłucnowej z wydzielającą ropę przetoką w miejscu wykonanej podczas okresu wojennego resekcji żeber. Przetoka ropna okresowo kilkakrotnie się zamykała, aby ponownie się otworzyć.

Po otwarciu w roku 1925 tego ropnia drogą operacyjną zgodził się zmęczony, zupełnie niezdolny do żadnej pracy inwalida R., na radykalną operację plastyki klatki piersiowej celem usunięcia ropnia opłucnej. Wykonałem u chorego wspomniany zabieg operacyjny w Wojskowym Szpitalu; po resekcji 6 żeber i po dokładnem usunięciu starych, modzelowato zmienionych zrostów opłucnowo-osierdziowych i po odpowiedniej plastyce płatu mięśniowo-powięziowo-skórnego rana pooperacyjna zgoiła się. Chory wyszedł ze szpitala jako rekonwalescent na urlop zdrowotny. Po powrocie został uznany przeze mnie za nadającego się do wyszkolenia w Wojewódzkiej Szkole dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu w zawodzie ogrodnika. Po ukończeniu szkolenia się w powyższym zawodzie i po otrzymaniu dyplomu wyjechał na Górny Śląsk celem objęcia posady. W roku 1930 odwiedził mnie p. R. i zaznaczył, że jest szczęśliwy, że może pracować i zarabiać w swym nowym zawodzie; zaznaczył, że może obecnie wszelkie prace, nawet większych wysiłków wymagające, wykonywać sam, i wydaje mu się, że „mógłby wyrywać z ziemi korzenie drzew“, że renty inwalidzkiej nie pobiera, ponieważ zarabia dość dużo: renty nie potrzebuje, czuje się zupełnie zdrów i może pracować w Katowicach w charakterze zawodowego ogrodnika. Inwalida ma wygląd wesoły, radosny i spokojny. Badanie miejscowe wykazało dobrze wy-

gojoną bliznę po lewostronnej plastyce klatki piersiowej, niebolesną na ucisk, przy swobodnych ruchach w lewym stawie barkowym. Pozostała jedynie lewostronna pooperacyjna deformacja klatki piersiowej przy lekkim zaniku umięśnienia lewej kończyny górnej i nieco głuchawych tonach mięśnia sercowego, jako pozostałości długotrwałego ropienia, co świadczy o przebytem ciężkiem cierpieniu.

W roku 1930 p. R. z Katowic po przebytem leczeniu i przeszkoleniu w nowym zawodzie dostosowanym do kalectwa był zdolny do swej nowej pracy zawodowej. Niezdolność do zarobkowania nie przekraczała 15%.

Pracując w charakterze lekarza-ordynatora Wojewódzkiej Szkoły Reedukacyjnej dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu oraz członka Komisji Porady Zawodowej i Komisji Protezowej, pozatem w charakterze lekarza-referenta dla spraw inwalidów wojennych i w charakterze lekarza szpitalnego mogę przytoczyć wiele przypadków, w których po zastosowaniu odpowiedniego leczenia w zakresie różnych specjalności medycyny i po przeprowadzeniu odpowiedniej operacji, zastosowaniu protezy i po przeszkoleniu inwalidy w odpowiednim zawodzie, dostosowanym do jego kalectwa, wzrastała zdolność do pracy zarobkowej i odporność psycho-fizyczna.

Każde zawczasu i prawidłowo przeprowadzone leczenie, jak również zabieg operacyjny i przeszkolenie z odpowiednim doborem zawodu, w większości przypadków, w większej lub mniejszej mierze przywraca zdolność zarobkowania inwalidów.

Nieraz widzimy dodatnie wyniki leczenia kombinowanego, to jest leczenia za pomocą leków z leczeniem w zakładach przyrodoleczniczych i kąpielowych, cierpień cechujących się symptomokompleksem gośćca. Leczenie specyficzne niektórych spraw gośćcowych połączone z leczeniem kąpielowo-uzdrowiskowem, ewentualnie klimatyczno-sanatoryjnem w wielu przypadkach daje doskonałe wyniki.

Z inwalidztwa cywilnego mogę przytoczyć przypadek z działu chirurgji ortopedycznej; mianowicie w styczniu 1930 roku zgłosił się do Z. U. P. U. w Poznaniu ubezpieczony p. K. urodzony w r. 1909, z zawodu drogerzysta, zamieszkały w Środzie, z prośbą o przyznanie mu prawa do jednorazowej odprawy; ponieważ był niezdolny do pracy zawodowej ponad 50% i posiadał tylko 15 składek ubezpieczeniowych, to w myśl dekretu P. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o ubezpieczeniu pracowników Umysłowych mogła wchodzić w grę tylko jednorazowa odprawa, jako świadczenie inwalidzkie ze strony Z.U.

Obliczona według skali płacy podstawowej ubezpieczonego i ilości wpłaconych składek jednorazowa odprawa wynosiła 720 zł.

Po wypłaceniu tej sumy ubezpieczony już nie mógł mieć żadnych pretensji do Zakładu U. Na tego rodzaju pracy bezwzględnej i szablonowej nie opiera się praca Zakładów Ubezpieczeniowych; w podobnych przypadkach chodzi o celowość świadczeń ubezpieczeniowych, o blizki kontakt Z. U. z ubezpieczonym i o rzeczową ocenę przypadku ubezpieczeniowego, a mianowicie:

Wymieniony powyżej ubezpieczony p. K. utracił zdolność do zarobkowania zawodowego ponad 50% z powodu złamania prawej górnej kończyny, jakiego doznał podczas wypadku. Kończyna ta wskutek przebytego złamania oraz wywichnięcia w stawie łokciowym zrosła się w obrębie złamania w nieprawidłowej i fizjologicznie niewygodnej pozycji i zesztywniała w stawie łokciowym.

Wypadek złamania prawej górnej kończyny i wywichnięcia w obrębie stawu łokciowego miał miejsce dnia 24.8-1929 roku, kiedy to wskutek przerażenia się ostrem światłem nadjeżdżającego od tyłu samochodu ubezpieczony upadł na ziemię tak nieszczęśliwie, że nastąpiło oznaczone okaleczenie. Chorym zaopiekowała się Powiatowa Kasa Chorych, której staraniem ubezpieczony został odstawiony do Szpitala Powiatowego, gdzie lekarz stwierdził wywichnięcie w prawym stawie łokciowym oraz złamanie prawej kości promieniowej w pobliżu górnej nasady stawowej. Dnia 10.10-1929 roku wykonano zabieg operacyjny. Po wygojeniu rany operacyjnej chory opuścił szpital jako niezdolny do pracy zawodowej. Lekarz powiatowy, jednocześnie lekarz zaufania Z. U. P. U. w Poznaniu, po zbadaniu chorego przedłożył Zakładowi orzeczenie ubezpieczeniowo-lekarskie z podaniem chorego o przyznanie mu jednorazowej odprawy. Rozpoznanie lekarskie stwierdzało skutki wadliwie wygojonego złamania kości prawego przedramienia oraz zwichnięcie kończyny w stawie łokciowym przy zupełnem zesztywnieniu prawego stawu łokciowego pod kątem 130 stopni. Niezdolność do zarobkowania zawodowego wynosiła według orzeczenia 75% na stałe. Podobny stan kalectwa uniemożliwiał ubezpieczonemu pracę zawodową i utrudniał zaspakajanie wymogów fizjologicznych organizmu, naprzykład odżywianie się prawą ręką było w podobnej pozycji zupełnego zesztywnienia prawego stawu łokciowego niemożliwe. Uważałem, że należy namówić ubezpieczonego na poddanie się ciężkiemu wprawdzie i mało pewnemu w wynikach zabiegowi operacyjnemu uruchomienia kończyny w stawie łokciowym, a nie ograniczyć się do wypłacenia ubezpieczonemu niewielkiej jednorazowej odprawy i przez to rozwiązać stosunek ubezpieczeniowy Zakładu z ubezpieczonym, chodziło bowiem o dobro ubezpieczonego. Skierowałem więc ubezpieczonego, po osobistem uprzedniem porozumie-

niu się, do lekarza zaufania tutejszego zakładu p. D-ra Cetkowskiego celem oceny stanu zdrowia ubezpieczonego. Dr. Cetkowski orzekł, że ubezpieczony cierpi na kostne zesztywnienie prawego stawu łokciowego, powodujące niedowład kończyny, przeszkadzający przy wykonywaniu pracy zawodowej. Zesztywnienie to było w pozycji zgięcia pod kątem 145 stopni przy przedramieniu ustawionem w średniej supinacji. Mięśnie kończyny prawej były w stadjum zaniku, a wymiary w obrębie mięśnia dwugłowego prawego wynosiły 23 cm., lewego 27 cm. w odprężeniu, a w napięciu prawego 24 cm., lewego 28 cm. Wymiary w obrębie przedramienia prawego 24 cm., lewego 26 cm. Ucisk prawej dłoni słabszy od ucisku dłoni lewej. Czynność kończyny z powodu zesztywnienia jej w stawie łokciowym w pozycji niekorzystnej w wysokim stopniu upośledzona, a wskutek tego zmniejszenie sprawności do zarobkowania zawodowego wynosiło na stałe $55^0/_0$; Dr. Cetkowski zaproponował ubezpieczonemu wykonanie zabiegu operacyjnego, na który ubezpieczony się zgodził, ponieważ Z. U. P. U. w Poznaniu przyjął na siebie koszta poprawczego plastycznego zabiegu operacyjnego dla ewentualnego przywrócenia ubezpieczonemu zdolności do zarobkowania zawodowego

We wrześniu 1930 został ubezpieczony przekazany przez Z. U. P. U. w Poznaniu do lecznicy prywatnej D-ra Cetkowskiego, gdzie po uprzedniem przygotowaniu okaleczonej kończyny został wykonany wytwórczy zabieg operacyjny, polegający na uruchomieniu zesztywniałego stawu łokciowego. Po zagojeniu rany pooperacyjnej i po zastosowaniu mechano-termo-elektro-terapji ubezpieczony opuścił lecznicę w grudniu 1930 r., odzyskawszy zdolność do pracy zawodowej. Zdolność ta wymagała jednak utrwalenia. Operator Dr. Cetkowski zaznaczył w swem orzeczeniu z grudnia 1930 roku, że pozostałe $20^0/_0$ utraty zdolności do zarobkowania zawodowego z biegiem czasu wskutek pracy i dalszego leczenia jeszcze się zmniejszy. Stan chorego po wyjściu z lecznicy po wykonanej artroplastyce stawu łokciowego prawego wyrażał się w następującej ruchomości: zginanie do kąta 60^0, prostowanie do 180 stopni. Zakład U. P. U. w Poznaniu w marcu 1931 zawezwał ponownie i skierował chorego do specjalisty D-ra Certkowskiego dla oceny wyników przeprowadzonego operacyjnego uruchomienia prawego stawu łokciowego. Stwierdzono wówczas pewne pogorszenie się wskutek zaniedbania przez ubezpieczonego gimnastyki operowanej kończyny i niekorzystania z biernej i czynnej medyko-mechaniki tem bardziej, że ubezpieczony był bez pracy i nie miał możności korzystania z mechano-terapji pracy zawodowej. Pozatem stwierdzono możliwość zginania w prawym sta-

wie łokciowym do kąta 80 stopni i prostowania do kąta 150 stopni, przy prawidłowem nawracaniu i upośledzonem o $^1/_4$ normy odwracaniu. Ruchów bocznych w prawym stawie łokciowym nie stwierdza się. Ruchy w stawie nadgarstkowym i barkowym prawidłowe. Stwierdzono więc lekkie pogorszenie się w zakresie prostowania i zginania, a zwłaszcza odwracania, spowodowane nieczynnością kończyny. Niezdolność do pracy zawodowej powiększyła się o $5^0/_0$, to znaczy wynosiła $25^0/_0$ na przeciąg 6 miesięcy; z tych $25^0/_0$ — u $15^0/_0$ nosi charakter stały. Opisany stan rzeczy wymagał przywrócenia i utrwalenia wyników przeprowadzonej operacji, dlatego zarządziłem za zgodą władzy administracyjnej Z. U. P. U. przymusowe leczenie na koszt Zakładu w zakładzie przyrodo-leczniczym w Inowrocławiu na przeciąg 2 miesięcy dla przeprowadzenia zabiegów leczniczo-kąpielowych oraz leczenia medyko-mechanicznego i termo-elektro-terapeutycznego. Po powrocie chorego z Inowrocławia osobiście go badałem i stwierdziłem jako wynik leczenia: zginanie kończyny operowanej do kąta 60^0, prostowanie do 140 stopni, nawracanie i odwracanie nieco upośledzone, ruchy w stawach nadgarstkowym i barkowym normalne. Lekka atrophia mięśni kończyny przy różnicy dwóch cm. dla prawego ramienia i 1.5 cm. dla prawego przedramienia. Chory chwyta palcami prawej kończyny prawą muszlę uszną, nos, chrząstkę tarczykowatą krtani, prawą brodawkę sutkową i zakłada kończynę na kark. Niezdolność do zarobkowania wynosiła w dniu badania, to jest 23 czerwca 1931 roku, 10 — $15^0/_0$. Zaleciłem badanemu dalsze ambulatoryjne leczenie medyko-mechaniczne w macierzystej Kasie Chorych i zaznaczyłem konieczność leczenia w zakładzie przyrodo-leczniczym w następnym roku dla utrwalenia na stałe osiągniętych wyników operacji.

W sprawach gośćcowych, powstałych na tle zmian specyficznych pochodzenia gruźliczego, kiłowego i rzeżączkowego, dobre wyniki daje przedewszystaiem leczenie specyficzne. Zmiany gośćcowe powstałe na tle zmian zakaźnych i pourazowych cofają się nieraz po parokrotnem intensywnem leczeniu fizykalnem. Zmiany gośćcowe powstałe na tle nieprawidłowej przemiany materji, do których można zaliczyć gościec dnawy, zmiany stawowe o typie gośćcowym na tle wadliwego unerwienia i unaczynienia stawów oraz przewlekłe zmiany zapalne powstałe na tle wadliwej mechaniki stawów, czy to wskutek nieprawidłowej budowy kośćca wrodzonej lub nabytej, czy też wskutek wzmożonej czynności stawów nawet związanych z wykonywaniem czynności zawodowych, zazwyczaj noszą charakter uporczywy dla leczenia w zakładach przyrodo-leczniczych; jednakże po przeprowadzonem leczeniu widać w wielu przypadkach znacz-

ną poprawę tak subjektywną jak i objektywną, a gośćce o typie mięśniowych neuralgji nieraz cofają się raz na zawsze. Oczywiście istnieją również formy bardzo trudno uleczalne, a niektóre z nich dają mało nadziei na wyleczenie, szczególnie formy gośćca, cechujące się zmianami roentgenowskiemi w obrębie stawów oraz mięśni, jak przewlekłe zesztywnienie w stawach kręgosłupa, wielostawowy gościec zesztywniający oraz kostniejące zapalenie mięśni wymaga zazwyczaj usilnego leczenia przez dłuższy okres czasu i jest nieraz przyczyną inwalidztwa zawodowego i ogólnego.

Obserwacja przebiegu i wyników leczenia spraw gośćcowych upewnia mnie w przekonaniu, że sprawy gośćcowe, które są zazwyczaj połączone ze schorzeniami serca i układu krwionośnego, wymagają dokładnego i systematycznego leczenia tak w szpitalach Kas Chorych, jak i zapobiegawczo w zakładach przyrodo-leczniczych Z. U. P. U. w Poznaniu. Miałem możność obserwowania w mej praktyce prywatnej, jeszcze poza granicami kraju, jak i w czasie kierowania oddziałem wewnętrznym Szpitala Wojskowego przy D. O. K. III i w czasie pracy w charakterze lekarza szpitalnego przy oddziałach wojskowych przy D. O. K. VII, że początkowe sprawy gośćcowe, powikłane zmianami zapalnemi wsierdzia lub osierdzia względnie nawet mięśnia sercowego, a w późniejszym okresie niedomykalnością zastawki dwudzielnej, mogą szybko przejść w stany ciężkie i nieuleczalne; z powodu niewyrównanych wad serca przyznaje się wreszcie chorym rentę inwalidzką.

Wiele tak wyrównanych, jak i niewyrównanych wad serca widziałem wśród inwalidów wojennych i to na tle gośćcowem, o czem świadczyły objektywne zmiany stawowe.

Wszelkiego rodzaju bóle, tak zwane rheumatoidalne, jak również i inne neuralgie na tle zmian chorobowych w obwodowym układzie nerwowym, jak rwa kulszowa, rwa lędźwiowa i inne, zależnie od okolic, w których powstają, posiadają niekiedy charakter przejściowy i wówczas nie są tak trudne do wyleczenia, jak te, które noszą charakter przewlekły. Przez wiele lat poddaje się je leczeniu w okresie zimowym zapomocą leków wewnętrznych i zewnętrznych wraz z leczeniem fizykalnem, a w okresie letnim zapomocą leczenia zdrojowo-kąpielowego, nieraz bez większych rezultatów. Leczenie zapobiegawcze posiada w zwalczaniu tej grupy chorób bardzo poważne znaczenie, gdyż chroni organizm ludzki przed bardzo poważnemi powikłaniami chorobowemi, grożącemi często niezdolnością do zarobkowania.

Omawiając znaczenie leczenia zapobiegawczego, szczagólnie od-

nośnie do zwalczania chorób o znaczeniu społecznem, chcę zaznaczyć, że w okresie powojennym zwiększyła się ilość inwalidów po przebytych chorobach wenerycznych, a mianowicie wskutek zmian chorobowych w układzie nerwowym ośrodkowym na tle kiły oraz wskutek zmian w sercu i nerkach na tle przebytej rzeżączki, a u kobiet wskutek zmian specyficznych ropno-zapalnych w obrębie wewnętrznych narządów rodnych. Przedwczesna specyficzna miażdżyca układu tętniczego, porażenia połowicze ciała, specyficzny uwiąd rdzenia kręgowego z niedowładem kończyn dolnych, porażenie postępujące oraz cierpienia psychiczne, przy których w anamnezie lekarskiej stwierdza się u badanego zachorzenia kiłowe, coraz to częściej stają się przyczyną inwalidztwa zawodowego oraz następczej niedołężności, wymagającel dla chorego opieki osoby postronnej. Zazwyczaj mamy do czynienia z zaniedbanem leczeniem, i nic dziwnego, że należałoby ze względów na samoobronę społeczeństwa uregulować powyższą kwestję i zwrócić uwagę na konieczność jaknajrychlejszego i jaknajdłuższego systematycznego leczenia specyficznego w chorobach wenerycznych, przyjmując pod uwagę, że zaniedbane przypadki nie tylko grożą zwyrodnieniem całemu społeczeństwu i jego pokoleniom, lecz również obarczają je swem inwalidztwem dlatego, że zawczasu nie były należycie leczone.

Uważam, że powyższe przypadki chorobowe wymagają systematycznego specyficznego leczenia zapomocą leków, a dopiero od tego leczenia należy uzależnić przeprowadzanie leczenia zapobiegawczego przez Z. U. P. U. i F. w odpowiednich uzdrowiskach i zakładach leczniczych fizyko-kąpielowych. Przytem zwracam uwagę na lekceważenie przez chorych cierpienia, które nazywamy rzeżączką. Bardzo często zaniedbane to schorzenie prowadzi do poważnych różnorodnych powikłań chorobowych, szczególnie zakażeń kobiety, u której tworzą się w wewnętrznych narządach rodnych zmiany ropno-zapalne, które prowadzą w razie zaniedbania do ostrych lub przewlekłych zmian ze strony otrzewnej, powodując nieraz zejście śmiertelne lub utratę płodności, przeistaczają kobietę w wiecznie cierpiącą, u której z biegiem czasu występuje wyraźnie tło histeryczne, co bardzo komplikuje stosunki rodzinne i w wielu przypadkach nie zezwala matce na należyte wychowanie dzieci. Pozatem powikłania rzeżączkowe wywołują zmiany chorobowe w układzie krwionośnym, stawach i nerkach. Wymienione schorzenie wymaga, tak jak i poprzednie, wczesnego i długiego leczenia oraz okresowej kontroli lekarskiej, a po dokładnem specyficznem leczeniu przeprowadzenia leczenia fizykalno-kąpielowo-zdrojowego, oczywiście w przy-

padkach schorzeń przewlekłych. Bardzo poważne znaczenie posiada leczenie zapobiegawcze w przypadkach dalej posuniętych powikłań chorobowych; powinno ono być umiejętnie stosowane w połączeniu z leczeniem specyficznem, a nawet operacyjnem przy cierpieniach kobiecych powstałych na tle wymienionego schorzenia.

W ścisłym związku z chorobami narządów wewnętrznych stoją choroby układu nerwowego. Nieraz widzimy, że szereg nerwic ogólnych powstaje na tle niedomogi narządów wewnętrznych. Niektóre rodzaje nerwicy ogólnej nawet manifestują stany gruźlicze i inne, a tak zwana nerwica serca, bardzo rzadko cierpienie samodzielne, zazwyczaj jeden z objawów symptomo-kompleksu nerwicy ogólnej, niejednokrotnie maskuje objawy rozpoczynającej się niedomogi mięśnia sercowego. Nerwice stojące w związku z cierpieniem gruczołu tarczykowatego, cierpieniem wewnętrzno-chirurgicznem, cechują się zespołem objawów bazedowalnych. Zwracają na siebie uwagę nerwice na tle zaburzeń w gruczołach dokrewnych i nerwice idące w parze ze schorzeniem przewodu pokarmowego zwanem membrano-colitis. i t. d. Wielka grupa cierpień nerwowych stoi na pograniczu grupy chorób wenerycznych i posiada przeważnie tło metaluetyczne, jak paralysis progressiva, taboparalysis, choroba Parkinsona, niedowład połowiczy, inne cierpienia organiczne na tle kiły mózgu i rdzenia oraz ciężkie stany zwyrodnienia psychopatycznego i zaburzenia psychiczne na tle kiły przebytej, wrodzonej lub utajonej.

Szereg zaburzeń psychicznych i niedowładów posiada tło miażdżycowe i zależy od przedwczesnych zmian sklerotycznych w tętnicach, odżywiających mózg i rdzeń, cechując się poza zaburzeniami umysłowemi również i zaburzeniami nerwowemi, jak sclerosis cerebrospinalis, zespół Brown-Sequard'a, choroba Parkinsona, choroba Raynaud'a, endoarteriitis obliterans, i porażeniami różnych pojedynczych części układu nerwowego obwodowego, jak również i pojedynczych nerwów mózgowych. W dalszym ciągu, nie biorąc pod uwagę cięższych cierpień psychicznych, jak stany schizofreniczne, katatoniczne, paranoidalne i podobne, które niekiedy w anamnezie lekarskiej wykazują podłoże kiłowe, zatrzymam się na nerwicach grupy psycho-histero-neurastenicznej, przy których niejednokrotnie daje się wykryć usposobienie neuropatyczne przy konstytucjonalnej małowartościowości układu nerwowego, przy defektach w inteligencji, niedorozwoju umysłowym i napadach epileptoidalnych. Wrodzone takie stany neuro-psychopatyczne wykazują często jednocześnie i niedorozwój cielesny wraz z neuropatycznym wyrazem twarzy. Nasilając się, wykazują one wzmożoną pobudliwość w związku z niewspół-

miernością odruchów złożonych (myślowych) w stosunku do stopnia podniety, a to wskutek nieprawidłowego kojarzenia myślowego. Wzmożona drażliwość, skłonność do wywoływania konfliktów z otoczeniem, nierzeczowe rozumowanie, brak równowagi psychicznej, zwolnienie przebiegu myślenia coraz to więcej utrudnia choremu łączność z otoczeniem i może w końcu doprowadzić chorego do poważniejszego stanu cierpienia, połączonego z przedwczesnem otępieniem umysłowem, związanem z zaniedbaniem się i niechlujstwem fizycznem i psychicznem.

Stwierdzamy tak w życiu potocznem, jak w praktyce psychjatrycznej i medycynie kryminalnej, że w czasach powojennych wzrasta ilość lżejszych i cięższych psychonerwic. W miarę możliwości wyeliminowuje się ze społeczeństwa wiele osobników, zdradzających cechy cięższych zmian degeneratywnych w układzie nerwowym, jak włóczęgostwo ze skłonnością do podpalania i morderstwa, zwyrodnienie seksualne o charakterze prześladowczym, skłonność do samobójstwa i t. d., i t. d. Istnieją nerwice lokalne, to jest pochodzenia obwodowego, jak niektóre rodzaje otosklerozy, porażenia, niedowłady lub neuralgje pojedynczych nerwów mózgowych i obwodowych (niedomoga nerwu twarzowego pochodzenia usznego, niedomoga nerwu trójdzielnego objawiająca się jako rwa twarzowa, niedomoga gałęzi ocznej tegoż nerwu, mogąca wywołać jaskrę, niedomoga różnych pojedynczych gałązek obwodowych i splotów nerwowych, wywołująca niedowład ruchowy okolicy unerwianej przez omawianą gałązkę lub cierpienie neuralgiczne, jak gościec typu Erba, jak rwa kulszowa i t. p. Przy niektórych stanach nerwicowych można stwierdzić niedosłuch pochodzenia ośrodkowego, zaburzenia mowy, czynnościowe zaburzenia mięśnia sercowego, czynnościowe zaburzenia układu pokarmowego oraz niedoczynność lub nadczynność gruczołów o wydzielaniu dokrewnem.

Istnieje wreszcie szereg nerwic niewinnych, przynajmniej w ich stanach początkowych, oczywiście z uwzględnieniem podatnej konstrukcji organizmu, wrodzonej lub nabytej, które objawiają się jako wynik dłuższej walki organizmu o byt. Cierpienia powyższe pod wpływem warunków życiowych w większości przypadków należy traktować jako nerwice zawodowe. Ponieważ społeczeństwu chodzi o udoskonalenie sposobu wykonywania czynności zawodowych i o zwiększenie wydajności pracy jednostki, a tem samem jaknajdoskonalsze zapobieżenie mogącemu nastąpić inwalidztwu zawodowemu, a nawet ogólnemu, powinniśmy i w tej wielkiej grupie chorób układu nerwowego zastosować jaknajwiększe wysiłki społeczne dla opanowania groźnej

sytuacji szerzenia się poważniejszych cierpień nerwowo-psychicznych, grożących destrukcją organizmowi społeczeństwa i jak najszerzej stosować leczenie zapobiegawcze wielkiej rzeszy pracowników umysłowych i fizycznych, cierpiących na różne rodzaje psychonerwic, z których wiele jest związanych z wykonywaniem pracy, a które należy leczyć zapobiegawczo, żeby nie dopuścić do poważniejszych powikłań i niezdolności do pracy. Przytem zalecam uwzględniać stany wyczerpania fizycznego, szczególnie na tle niedożywiania się z powodu złych warunków materjalnych. Te stany wyczerpania fizycznego idą zawsze w parze z wyczerpaniem psychicznem i są doskonałem podłożem dla powstania jakiejbądź choroby.

Leczenie grupy psychonerwic zawodowych jest prawie całkowicie oparte na leczeniu zapobiegawczem, uzależnionem od unormowanego trybu życia, odżywiania i uświadomienia w zakresie higjeny osobistej i społecznej. Dlatego w sanatorjach przyrodo-leczniczych uzdrowiskowych należy uzależnić życie od regulaminu wychowawczo-leczniczego i uwzględnić stałe wykłady lekarskie w zakresie higjeny i chorób społecznych. Po zaznajomieniu się leczonego z koniecznym trybem życia można osiągnąć to, że ubezpieczony będzie mógł podczas pracy zastosować się do wymogów higjeny pracy, życia i odżywiania, a może się poddać systematycznemu leczeniu odpowiedniemi środkami i zabiegami leczniczemi. Leczenie psychonerwic jest koniecznością w społeczeństwie chcącem się bronić przed jednostkami, których czynność działa destrukcyjnie na ustalone normy, regulujące tryb życia jednostek w zorganizowanem społeczeństwie.

Głównem oparciem przy leczeniu zapobiegawczem cierpień nerwowych są zakłady przyrodo-lecznicze i kąpielowe oraz zabiegi hydro-elektro-termo-mechano-terapeutyczne i to w specjalnych miejscowościach uzdrowiskowych. Stwierdziłem, że leczenie cierpień nerwowych związanych z podnieceniem nerwowem należy przeprowadzać w miejscowości nadmorskiej, względnie nizinnej, a leczenie chorób układu nerwowego, cechujących się osłabieniem czynności tegoż, należy prowadzić w miejscowości podgórskiej. Leczenie nerwic basedowalnych najlepiej się daje przeprowadzić w miejscowości nadmorskiej lub nizinnej przy jednoczesnem leczeniu fizykalnem. Nie należy ignorować reguły, że u osobników ze wzmożonem ciśnieniem krwi podgórkie, a nawet i górskie warunki klimatyczno-meteorologiczne okazują często nieoceniony wpływ, wówczas gdy u osób z objawami obniżenia ciśnienia krwi korzystne wyniki lecznicze dają się zaznaczyć po przebyciu okresu kuracyjnego w miejscowości nizinnej, a ewentualnie nad morzem.

Dołączone do niniejszej pracy tabele i wykresy, wykazujące ilość zachorowań na tle nerwów wśród inwalidów wojennych i cywilnych, zestawione na podstawie danych referatu inwalidzkłego w Poznaniu i oddziału rentowego Z. U. P. U. w Poznaniu, wykazują konieczność zapobieżenia wzrostowi tej poważnej grupy chorób układu nerwowego.

Jako skutki działań wojennych spotyka się wiele przypadków psychonerwic o cechach zespołu pourazowego oraz na tle usposobienia neuropatycznego przy objawach niedorozwoju psychicznego oraz znaczniejszych defektach intellektu. Spotyka się wiele nerwic, cechujących się nadmierną pobudliwością odruchową na podniety zewnętrzne, niewspółmierne do ich siły, przy łatwem naruszeniu równowagi psychicznej i nielogicznem rozumowaniu. Z drugiej strony istnieją nerwice, cechujące się zahamowaniem psychomotorycznem oraz przytępieniem intelektualnem ze skłonnością do kwerulencji, zaniedbania się i niechlujstwa. Kryminologja powojenna stwierdza, jak już powiedziałem poprzednio, szereg wykroczeń socjalnych opartych na podłożu psychoneuropatji osobników ze skłonnościę do łatwego wywoływania konfliktów z otoczeniem, ze skłonnością do włóczęgostwa, podpalania i zboczeń seksualnych, a nawet ze skłonnością do zabójstwa i samobójstwa. Podstawą wielu z tych stanów niedowartościowości i małowartościowości ośrodkowego układu nerwowego jest tło metaluetyczne z zespołem objawów przebytej kiły jawnej lub utajonej. Wszelkie daleko posunięte stany zwyrodnienia psychopatycznego czy to na tle kiły, czy też alkoholizmu mogą przez długie lata zagrażać zdrowej organizacji społecznej, i dlatego właśnie wszelkiego rodzaju zapobiegawcze zabiegi sanitarno-lecznicze winny być przez długie lata stosowane celem zwalczania tych chorób wysiłkiem całego społeczeństwa.

Poważną grupę wśród chorób narządów wewnętrznych przedstawia gruźlica, która dla poważnych spustoszeń w społeczeństwie zupełnie słusznie zaiicza się do groźnych dla ludzkości chorób o charakterze społecznym. W profilaktyce tego cierpienia dwa czynniki odgrywają poważną rolę, a mianowicie przedewszystkiem uświadamianie i wychowanie młodego pokolenia w zasadach higjeny osobistej i społecznej wraz z zaznajomieniem się z istotą i sposobami walki z chorobami społecznemi, a następnie leczenie zapobiegawcze w prawdziwem tego słowa znaczeniu. Wiemy przecież, że w wielu wypadkach przy niedokrwistości i upośledzonym stanie odżywiania spotykamy się jeśli nie z istniejącem już zakażeniem zarazkiem gruźlicy, to przynajmniej z tak zwanem usposobieniem gruźliczem. Zgodzimy się, że wygłodzony i wegetujący w nieodpowiednich warunkach życiowych

organizm ludzki jest bardzo podatny wskutek obniżenienia odporności do wszelkiego rodzaju schorzeń, a to szczególnie o charakterze zakaźnym. Uważałbym przeto wszelkiego rodzaju początkowe stany wyniszczenia organizmu na tle wygłodzenia za początkowe stany chorobowe i właśnie, lecząc zapobiegawczo tego rodzaju przypadki, często widzi się bardzo dobre wyniki, wykazujące dobrodziejstwo tego sposobu leczenia, polegaj cego na wzmocnieniu odporności organizmu.

Dołączone do niniejszego mapy, wykazujące zorganizowane przez O. K. Z. K. Ch. w Poznaniu ośrodki zdrowia na terenie województw Poznańskiego i Pomorskiego, jak również wykresy i dane Z. U P. U. w Poznaniu, wykazujące schemat stosowania leczenia zapobiegawczego w roku 1930, dowodzą, że oba wymienione na wstępie postulaty walki z chorobami społecznemi są w miarę możliwości uwzględniane, a z biegiem czasu w coraz to większym zakresie tak ilościowo, jak i jakościowo.

Bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu tej grupy chorób, powstałych na tle zakażenia prątkiem gruźlicy, jest skoordynowanie leczenia chorych przez instytucje ubezpieczeniowe krótkoterminowe z leczeniem przez zakłady ubezpieczeniowe długoterminowe. Od jakości tego leczenia zależą jego wyniki. Myślę, że byłoby słusznem nie czynić zależnem leczenia ubezpieczonych jedynie i wyłącznie od możliwości usprawnienia ich zdolności zarobkowania, trzeba jednakże brać pod uwagę również i okoliczności życiowe tak osobiste, jak i społeczne, wśród których żyje leczona jednostka społeczna. Wiele możnaby pomóc, uzależniając leczenie w pewnych zakładach leczniczych od okresu choroby, to jest spowodować przejście leczenia cięższych przypadków chorobowych przez zakłady lecznicze instytucyi ubezpieczeniowych leczniczych, a jedynie leczenie stanów chorobowych, znajdujących się w początkowem stadjum zachorzenia organizmu, włączyć do grupy chorób, wymagających zastosowania leczenia o charakterze zapobiegawczym, przeprowadzanem przez instytucje ubezpieczeniowe rentowe, jako świadczenie dobrowolne, zapobiegawcze.

Chcę podkreślić, że leczenie powyżej określone, jako sposób zapobiegający rozwojowi cierpienia i ewentualnie powodujący nawet zupełne wyleczenie, należy przeprowadzać celowo i to we własnych zakładach leczniczych, specjalnie do tego rodzaju leczenia przeznaczonych. Jedynie wówczas można się spodziewać od przeprowadzanego leczenia zapobiegawczego oczekiwanego rzeczowego wyniku. Natomiast prowizoryczne leczenie w podrzędnych pensjonatach, zaniedbanych i obliczonych na wyzysk, bez dozoru fachowego tak leczącego, jak i administracyjnego, może doprowadzić rzekomo-leczo-

nego do wręcz przeciwnych wyników, pogarszając jego stan zdrowia, względnie w najlepszym wypadku nie wpływając na poprawę schorzenia; w ten sposób niepotrzebnie zostanie wyrzucony grosz społeczny, grosz ubezpieczonych i pracodawców. Dla osiągnięcia dobrych wyników leczenia ubezpieczonych trzeba umiejętnie przeprowadzać zapobiegawczą akcję profilaktyczną, koordynując bezwzlędnie ze sobą leczenie faktyczne kasy ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby z leczeniem w myśl art. 61 i ewentualnie art. 25 dekretu Prezydenta R. P. o Ubezpieczeniu Pracowników Umysłowych lub zgodnie z §§ 1296 i 1270 ordynacji ubezpieczeniowej, regulującej czynność Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu.

Gruźlica jest cierpieniem o charakterze społecznym, z którą walka wymaga wielkich wysiłków oraz wiele czasu! Leczenie gruźlicy należy uzależnić od jej okresu chorobowego; początkowe okresy schorzeń gruźliczych, przebiegające bez wyraźnego upośledzenia odżywiania organizmu, należy uzależnić od skoordynowania leczenia faktycznego przez Kasy Chorych z leczeniem zapobiegawczem, stosowanem przez Zakłady Ubezpieczeń. Uważam, że gruźlica, która w znacznym już stopniu zaatakowała organizm i zwykle objawia się upośledzonem odżywianiem organizmu, podlega jedynie leczeniu przez Kasy Chorych, o ile nie wchodzi w rachubę wyczerpanie okresu, uprawniającego do świadczeń leczniczych.

Jako wytyczne uznania celowości zastosowania leczenia zapobiegawczego uznając obowiązujący nas dotąd podział cierpienia gruźliczego płuc w myśl klasyfikacji D-ra Seweryna Sterlinga, a mianowicie: tuberculosis abortiva, phtisis pulmonum chronica, incipiens oraz phtisis pulmonum chronica declarata fibrosa, możnaby leczyć zapobiegawczo w pełnem tego słowa znaczeniu. Postać fibrocaseosa nadaje się najlepiej, gdy ma charakter stationaris i regrediens, natomiast phtisis pulmonum chronica declarata fibrocaseosa progrediens oraz caseosa i phtisis pulmonum chronica consumptiva i pozostałe wymagają leczenia, do którego są dostosowane sanatorja i szpitale Kasy Chorych, to znaczy wymagają leczenia faktycznego.

Tylko rzeczowy podział cierpień gruźliczych i skoncentrowanie chorych na powyższe cierpienia w sanatorjach-szpitalach, położonych w odpowiednich miejscowościach klimatycznych tak górskich i podgórskich, jak i nizinnych, może się przyczynić do racjonalnego leczenia tych chorób przy pomocy akcji leczniczej społecznej, wyrazicielem której jest działalność lecznicza Zakładów Ubezpieczeń krótkoterminowych i długoterminowych. Celowość rozdziału czynności lecz-

niczych tych zakładów na czynności lecznicze zapobiegawcze i czynności lecznicze faktyczne trzebaby rozgraniczyć do pewnego stopnia sztucznie, ponieważ można stwierdzić, że w każdym prawie przypadku leczenie jest zapobiegawczem, to znaczy, że z wyjątkiem niewielu przypadków zawsze w pewnej mierze może się przyczynić do wzmożenia zdolności zarobkowania. Zakłady długoterminowe, lecząc w ten sposób w myśl artykułu 61 cięższe przypadki chorobowe, których leczenie, raczej o charakterze faktycznym, wchodzi w zakres czynności Zakładów krótko-terminowych ubezpieczeń, winny leczyć przeważnie tego rodzaju chorych przez kilka lub kilkanaście miesięcy i to z wątpliwym wynikiem co do przywrócenia sprawności do zarobkowania ogólnego i zawodowego. Postępując natomiast w ten sposób, czyni się krzywdę tym ubezpieczonym, którzy cierpią na początkowe i jeszcze niewielkie zmiany chorobowe, wymagają krótszego leczenia i mogą być nieraz zupełnie nawet wyleczeni lub podleczeni na dłuższe lata. W ten sposób zakłady długoterminowe mogą przekazać do leczenia większą ilość ubezpieczonych i osiągnąć lepsze wyniki. Leczenie cięższych przypadków jest rzeczą Zakładów ubezpieczenia krótkoterminowego. Jeśli takie leczenie zostanie przez chorego wyczerpane, to dalsze leczenie winien przejąć zakład ubezpieczenia długoterminowego w myśl ustawy ubezpieczeniowej Z. U. P. U. art. 25.

Bardzo poważną rolę w leczeniu chorób krwi i układu krwionośnego odgrywają dobrze postawione sanatorja i zakłady przyrodolecznicze. Wykłady z zakresu higjeny osobistej i społecznej, prowadzone przez lekarzy zakładowych, są wraz z rygorem zakładu leczniczego czynnikiem niezwykle skutecznym w walce z dalszym rozwojem cierpień i ich powikłań. Przyczem odpowiednie leczenie i odżywianie daje nieraz skuteczniejsze wyniki, niż leczenie ambulatoryjne w warunkach życiowych wielkich miast. Leczenie chorób serca i naczyń krwionośnych jest ścile uzależnione od rygoru życia leczącego się i od sposobu odżywiania się. Po przy zwyczajeniu się i zrozumieniu ważności czynnika normującego tryb życia chory po opuszczeniu zakładu leczniczego zastosowuje się do tych wymagań w swem życiu domowem.

Wiele trudności dla leczenia ambulatoryjnego przedstawiają choroby przewodu pokarmowego. Nieżyty żołądka, jelit cienkich i grubych wymagają zastosowania często bezwzględnej, specjalnej djety odżywczej, której cierpiący nie może mieć w swych warunkach domowych, wskutek czego leczenie nie daje odpowiednich wyników. W specjalnych zakładach leczniczych, dostosowanych do tego rodzaju djety MASOWO stosowanej, leczenie djetetyczne wraz z leczeniem

przy pomocy odpowiednich zabiegów i leków daje daleko lepsze wyniki, niż leczenie ambulatoryjne, szczególnie w nieodpowiednich warunkach wielkomiejskich lub wśód nieuświadomionego otoczenia domowego. Leczenie zapobiegawcze w tego rodzaju chorobach jest wprost niezastąpione, a to szczególnie w okresach początkowych danego schorzenia.

Choroby powstałe na tle nieprawidłowej przemiany materji, objawiające się nieraz poważnemi zmianami w czynności całego organizmu, wskazują jak wielkie znaczenie posiada dla ciała ludzkiego nadczynność niektórych gruczołów o wydzielaniu dokrewnem, jak również, brak należytego skoordynowania sprawności wydzielniczej grupy gruczołów wydzielających dokrewnie.

Wymienione powyżej choroby mają bardzo poważne znaczenie wymagają budowy specjalnych zakładów leczniczych, w których możnaby leczenie uzależnić od ściśle wskazanej djety i od specjalnego leczenia przyrodo-fizykalnego pod dozorem wyspecjalizowanego personelu lekarskiego i administracyjnego. Powstałe specjalne zakłady lecznicze dla leczenia cierpień, których przyczyną jest nieprawidłowa przemiana materji, posiadające działy przyrodo-hydro-termo-elektro-mechano-terapji, mogą przynieść daleko lepsze wyniki lecznicze, szczególnie po skoordynowaniu tych zabiegów z leczeniem szpitalnem, niż leczenie w niedostosowanych do tego celu zakładach lub pensjonatach uzdrowiskowych. Rozwój medycyny społeczno-zapobiegawczej coraz to więcej uwzględnia konieczność łączenia szeregu schorżeń w pewne grupy chorobowe i uzależnienia leczenia tych cierpień od obserwacji i leczenia w zakładach leczniczych, któreby były połączeniem zakładu przyrodo-leczniczego i szpitala dla pewnej grupy chorób. (Tak np. leczenie sanatoryjne gruźlicy może być najlepiej prowadzone w sanatorjach położonych w odpowiedniej miejscowości, przy których istniałyby sale operacyjne dla odpowiednich operacyjnych zabiegów leczniczych, jak zabiegi na nerwie przeponowym, na przewodzie piersiowym chłonnym, plastyczne na klatce piersiowej, różne rodzaje odmy sztucznej i zabiegi dotyczące gruźlicy stawowej, kostnej i t. d.). Uważam, że tego rodzaju postępowanie przyniosłoby wielkie zdobycze przy leczeniu chorób na tle nieprawidłowej przemiany materji w specjalnych, dostosowanych do tego celu zakładach leczniczych. Wiemy, jak ważne znaczenie posiada leczenie cukrzycy, leczenie cierpień gruczołu tarczykowatego, leczenie otyłości, gośćca dnawego, zaburzeń okresu przekwitania płciowego, cierpień zależnych od zaburzeń czynnościowych nadnerczy; do tej grupy można zaliczyć również schorzenia innych gruczołów

o wydzielaniu zewnętrznem, jak choroby wątroby i jej przewodów oraz choroby nerek i narządów moczowych. Nietylko samo leczenie tych stanów chorobowych, lecz również dokładna obserwacja i rzeczowe rozpoznanie różniczkowe może przyczynić się wiele do całkowitego usunięcia cierpienia, przynajmniej w niektórych przypadkach. Główne więc znaczenie w leczeniu chorób na tle przemiany materji posiada poza odpowiedniem leczeniem fizyko-terapeutycznem leczenie zapomocą unormowania djety.

W leczeniu chorób, powstałych na tle zaburzeń równowagi czynnościowej gruczułów, jak cukrzyca, choroba Basedowa, cierpienia przysadki mózgowej, cierpienia gruczołów płciowych i t. d., leczenie zapobiegawcze posiada również znaczenie bardzo poważne i wówczas, jeżeli nie ulecza zupełnie, to jednak znacznie reguluje czynność schorzałego gruczołu, normuje na dłuższy czas zdolność do pracy, oddalając moment niezdolności do zarobkowania i ewentualnie niedołęstwa fizjologicznego.

To samo można powiedzieć o działaniu Morszyna, Truskawca, Iwonicza i innych uzdrowisk na cierpienia wątroby, dróg żółciowych, nerek i dróg moczowych, oczywiście przy uwzględnieniu koniecznej djety i odpowiedniego leczenia fizykalnego. W wielu przypadkach widziałem złagodzenie cierpienia przy ogólnej poprawie organizmu leczonego zapobiegawczo. Oczywiście nie można wymagać, aby zdroje pomogły w daleko posuniętych przypadkach kamicy wątrobowej, nerkowej i pęcherzowej, które mogą być radykalnie wyleczone jedynie przez odpowiedni zabieg operacyjny. Zalecam leczyć podobne ciężkie cierpienia ściśle według opinji specjalistów w chorobach chirugicznych, a jeżeli potrzebne jest leczenie uzdrowiskowe, to należy wysyłać do uzdrowiska posiadającego czynny szpital chirurgiczny na wypadek potrzeby wykonania doraźnej operacji chirurgicznej.

Lekceważenie leczenia chorób, które mogą wymagać każdej chwili natychmiastowej operacji, może sprawić wielką krzywdę tak leczonemu, jak również i jego rodzinie.

Znaczna ilość chorób na tle nieprawidłowej przemiany materji wymaga ze strony instytucji ubezpieczeniowych skoncentrowania i skoordynowania wysiłków leczniczo-zapobiegawczych.

Należy przyznać, że w tym kierunku dotąd nie wszystko jest jeszcze zrobione i wiele pozostaje do wykonania. Nietylko odpowiednie poradnie przy ośrodkach zdrowia oraz sanatorja i szpitale mogą być w swej czynności dobrodziejstwem dla społeczeństwa, lecz należałoby również utworzyć specjalne szpitale-ośrodki dla zwalczania

powyższej grupy chorób, w których stosowanoby odpowiednie leczenie djetetyczne wraz z balneo-elektro-termo-mechano-terapją.

Uważam, że specjalne zakłady djetetyczno-przyrodo-lecznicze mogą dać wielkie korzyści przy leczeniu chorych na cierpienia wywołane przez dysfunkcję lub dyskoordynację czynności gruczołów o wydzielaniu dokrewnem i zewnętrznem.

W tego rodzaju zakładach możnaby leczyć, a jednocześnie dokładnie obserwować chorych na cukrzycę, otyłość, chorobę Basedowa, cierpienia nerek i wątroby, z jej przewodami, niedomogę gruczołów rozrodczych, gościec dnawy i t. d. Wymienione choroby wymagają nietylko leczenia zapomocą odpowiednich ieków, lecz również leczenia słońcem, kąpielami, ciepłem, elektrycznością, Roentgenem i mechanoterapeutyką i t. d., a szczególnie leczenia djetetycznego wraz z odpowiednim rygorem życiowym, do którego w zakładzie chory się dostosowuje i przyzwyczaja, a po opuszczeniu zakładu kontynuuje w domowych warunkach potrzebny rygor życiowy.

Leczenie tak zapobiegawcze jak i faktyczne, a zwłaszcza należyte rozpoznanie jest niezwykle ważnym czynnikiem dla niedopuszczenia do zaniedbania cierpienia, a przez to inwalidztwa pracy. Nawet przeprowadzenie potrzebnego zabiegu operacyjnego jest ściśle uzależnione od dokładnego i pewnego rozpoznania cierpienia,

Leczenie takie przeprowadza się obecnie w zakładach uzdrowiskowych w Iwoniczu, Morszynie, Ciechocinku, Inowrocławiu, Busku, Truskawcu, Żegiestowie, Szczawnicy, Jaremczu, Zakopanem, Krynicy, Łomnicy, Jastrząbiu-Zdroju, na Helu w Juracie i t. d.

Podkreślam przytem pomyślne działanie na organizm chorych warunków klimatyczno-zdrojowych naszych krajowych zdrojów, które w zupełności nie ustępują uzdrowiskom zagranicznym, lecz nawet w licznych przypadkach je przewyższają. Zupełnie to samo, co z lekami naszego krajowego wyrobu w porównaniu do zagranicznych. Z małemi wyjątkami nasze leki krajowe nie ustępują w swem działaniu na organizm wyrobom zagranicznym. Nasze firmy farmaceutyczno-chemiczne doszły już do tak wartościowej produkcji leków, że nie potrzebujemy uzależniać się od leków zagranicznych. W swej kilkunastoietniej praktyce lekarskiej w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych, kobiecych, wenerycznych i nerwowych oraz w praktyce uzdrowiskowej widziałem piękne wyniki po używaniu leków wyrobu krajowego, jak również i po leczeniu w naszych ojczystych uzdrowiskach.

Wielkie znaczenie posiada również leczenie zapobiegawcze w chorobach jamy noso-gardłowej, dróg oddechowych i narządu słuchowe-

go. Wiemy z działu nauki o chorobach o charakterze społecznym, jak ciężkie skutki pozostawia nieraz w wymienionych narządach przebyta ciężka influenza (grypa), ciężkie nietylko ze względów życiowych, ecz i zawodowych, szczególnie u wykładowców, śpiewaków, deklamatorów i t. d. I nic dziwnego, że pogrypowe podostre, względnie przewlekłe zapalenie śluzówki jamy gardłowej, otoczonej bardzo skomplikowanym i delikatnym układem zwieraczy gardła, przeznaczonych do odgrywania fizjologicznej roli rezonatorów, czynność których jest zależną od stopnia elastyczności, mogą się stać przyczyną częściowego, a nawet i zupełnego inwalidztwa zawodowego.

Wiemy również, jak wielkie znaczenie posiadają przy powstawaniu cierpień dróg oddechowych i narządów oddechowych narośle noso-gardłowe przy powiększeniu migdałków podniebiennych i przy skrzywieniu przegrody nosowej, wiemy jak łatwo powodują one nieżyty trąbki słuchowej, ucha środkowego i woreczka spojówkowego ze wszystkiemi poważniejszemi powikłaniami chorobowemi, nie wyłączając ropni w zatokach kostnych czaszki. To samo można powiedzieć o zniszczonym zębostanie, który prowadzi nietylko do przewlekłych nieżytów śluzowych przewodów pokarmowych, lecz również i do schorzeń, podobnie jak i poprzednie cierpienia dróg oddechowych, schorzeń gruczołów chłonnych, a niekiedy nawet wywołuje sprawy chorobowe noszące miano gośćcowych lub pseudo-gośćcowych.

Otóż nadzwyczaj różnorodna i wielka grupa chorób noso-gardłowych, chorób górnych dróg oddechowych i cierpień uszu, wymaga dość często uwzględnienia zapobiegawczego leczenia uzdrowiskowego w miejscowościach klimatycznych i solankowo-kąpielowych. Nie powinno się zapominać, że cierpienia jamy noso-gardłowej wywierają bardzo znaczny wpływ na ogólny rozwój organizmu. Szczególnie dobre wyniki po leczeniu uzdrowiskowem cierpień nosa, gardła i krtani można stwierdzić przy schorzeniach nerwicowych tych narządów. Wiemy, jak wielkie znaczenie posiada leczenie uzdrowiskowe specyficznych cierpień tych narządów oraz leczenie solankowo-kąpielowe miażdżycy ogólnej przy zmianach sklerotycznych w narządach słuchu

Ze względów zawodowych zastosowana profilaktyka względem narządu głosowego i oddechowego u nauczycieli-wykładowców, śpiewaków, deklamatorów, urzędników pracujących wśród zakurzonych akt kancelaryjnych w dusznych i źle wentylowanych ubikacjach, posiada wielkie znaczenie konserwujące przez dłuższy okres czasu zdolność do pozytywnej pracy zawodowej.

W leczeniu tych chorób mają znaczenie zapobiegawczo-lecznicze również stosunki klimatyczne uzdrowisk, otoczonych przez wielkie ba-

seny powietrzno-tlenowe, chronione od dostępu pyłu i innych cząstek nieorganicznych lub organicznych w miejscowościach cechujących się łagodnym klimatem. Oczywiście i leczenie wziewalniane jest w leczeniu tych chorób ważnym współczynnikiem, ponieważ wiele różnorodnych cierpień przewodów oddechowych stopniowo ustępuje przy tego rodzaju leczeniu. Podkreślam przytem, że niezwykle wielkie znaczenie przy leczeniu cierpień dróg oddechowych posiadają walory lecznicze wybrzeża nadmorskiego.

Niekiedy wprost nieocenione i jedyne dla leczenia chorób ocznych jest leczenie zapobiegawcze, a to szczególnie przy chorobach oczu, powstających na tle cierpień całego organizmu, jak naprzykład przy leczeniu cierpień oczu na tle skrofulozy, kiły, rzężączki, cukrzycy, gośćca dnawego i t. d. Wiemy, że choroby oczu zajmują poważne miejsce wśród chorób o znaczeniu społecznem i to chorób, prowadzących do wysokoprocentowego inwalidztwa zawodowego, a nawet ogólnego. Wiemy, że kiła, rzężączka, gruźlica, jaglica i inne cierpienia wymagają bezwzględnie specyficznego leczenia tak ogólnego jak i miejscowego i to leczenia faktycznego; jak już poprzednio zaznaczałem, każde prawie leczenie faktyczne jest przez to samo leczeniem zapobiegawczem, o ile jest rzeczowo i celowo przeprowadzane w odpowiednich, dobrze zorganizowanych szpitalach. Lecz i w ścisłem znaczeniu leczenie zapobiegawcze ma wielkie znaczenie przy leczeniu chorób narządu wzrokowego: jest to leczenie sanatoryjno-uzdrowiskowe, oczywiście ściśle połączone ze specjalnemi zabiegami i skoordynowane z leczeniem faktycznem, leczeniem przez specjalistów w szpitalach i ambulatorjach szpitalnych. Nie tak rzadkie zmętnienie rogówek na tle jawnej lub utajonej kiły, jaskra z anamnezą kiłową, kiłowe schorzenie tęczówki, siatkówki i zanik nerwu wzrokowego, gośćcowe zmiany w naczyniówce i w siatkówce, zmiany miażdżycowe w soczewce wymagają celem dokładnego leczenia albo leczenia djetetycznego, albo wzmożenia odporności organizmu zapomocą wzmożonego odżywiania lub też leczenia uzdrowiskowego, kąpielowego i fizykalnego, oczywiście przy jednocześnie stosowanem leczeniu specjalnem. Nie można sobie wyobrazić celowego leczenia, np. zmian chorobowych w ciałku szklistem, siatkówce i nerwie wzrokowym, powstałych na tle cierpień nerkowych lub miażdżycowych, bez okresowo stosowanego leczenia zapobiegawczego w odpowiednich uzdrowiskach i zakładach przyrodo-leczniczych.

Powinniśmy przeto przyjść do przekonania, że wielka i różnorodna grupa schorzeń narządu wzrokowego w znacznej większości

przypadków wymaga leczenia zapobiegawczego jednocześnie z leczeniem faktycznem przez specjalistów.

Leczenie zapobiegawcze chorób powstałych na tle zawodowem posiada niemniejsze znaczenie, niż leczenie chorób o znaczeniu społecznem. Przecież w wielu, a może i w większości przypadków organizm pracownika stale atakowany przez warunki, w których pełni czynności zawodowe, staje się z biegiem czasu skłonnym do zachorzeń o charakterze społecznym, a nawet zawodowym. Wiemy, że często u wykładowców szkolnych, u muzyków, u lekarzy i u pomocniczego personelu lekarskiego wskutek przyczyn zawodowych rozwijają się przewlekłe podrażnienia i nieżyty gardła, krtani oraz przewodów oddechowych z następczą rozedmą płuc. Wiemy też, jak są narażeni urzędnicy biurowi, pracując przez całe lata wśród zakurzonych aktów i nieraz przy sztucznem świetle, w niedostatecznie oświetlonych salach, a szczególnie w suterenach; często widzimy u nich podrażnienia i przewlekłe nieżyty dróg oddechowych ze zmianami w narządach oddechowych, usposabiającemi do gruźlicy, przewlekłe nieżyty spojówek oczu z osłabieniem czynności wzrokowej.

U tych urzędników, podobnie jak i u długoletnich wykładowców szkół niższych i wyższych, z biegiem pracy coraz wyraźniej występują z przyczyn zawodowych objawy nerwicowe; w szczególności spotykamy się z niemi u personelu sanitarnego wskutek stałego narażania się na okaleczenie, zakażenie i wdychanie różnych szkodliwych leków i narkotyków, wskutek specjalnie ciężkich dla ośrodkowego układu nerwowego warunków pracy. Warunki atmosferyczne narażają osoby pracujące na polu rolnictwa i kultury lasów na pewne zmiany chorobowe w mięśniach i stawach. U pracowników fizycznych i grup zawodowych stojących na pograniczu między pracownikami fizycznymi a umysłowymi można również stwierdzić wiele cierpień, powodujących dość poważne zmiany tak miejscowe jak i ogólne (zgrubienie powięzi dłoniowej Dupuytren'a u pracowników używających dłuta, zmiany miażdżycowe u pracowników fabryk tytoniowych, podrażnienia przewodów i narządów oddechowych oraz nieżyty następcze u osób zatrudnionych w wytwórniach wódek i tytoniu i t. d.). Znane jest usposobienie do gruźlicy szewców i krawców, nieżyty nadgarstkowych pochewek ścięgnistych u szoferów i robotników fizycznych, nerwobóle lędźwiowe u kolejowców obsługujących parowozy i pociągi, cierpienia płucne u zatrudnionych w hutach i t. d.

W niniejszem opracowaniu nie możemy omawiać szczegółowo cierpień, powstających na tle czynności zawodowych, ponieważ nie jest to bezpośredniem zadaniem tej pracy, lecz powinniśmy podkreś-

lić niezmiernie celowe korzyści zastosowania leczenia zapobiegawczego wobec tych wszystkich pracowników, którym rozwój cierpień zawodowych zagraża w bliskiej lub dalszej przyszłości ciężką chorobą i związaną z nią względną lub całkowitą niezdolnością do wykonywania swego zawodu. Ogromne znaczenie w leczeniu chorób powstałych na tle zawodowem posiada leczenie uzdrowiskowo-klimatyczne, i to w specjalnych sanatoryjnych zakładach przyrodoleczniczych.

Bardzo ważną kwestją przynależną do tego działu jest sprawa przeszkolenia lub wyszkolenia pracowników niezdolnych do pracy w pewnym zawodzie, do którego się nadają. Jako członek Komisji Porady Zawodowej przy Wojewódzkiej Szkole Reedukacyjnej dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu miałem możność stwierdzenia, jak dobre wyniki daje odnośne prawidłowo prowadzone szkolenie osób niezdolnych do pewnego rodzaju pracy w zawodach, do których się nadają. Dołączona tabela wykazuje wyniki szkolenia inwalidów za okres kilkoletni i może posłużyć jako przykład dodatnich wyników celowego szkolenia nawet inwalidów z ograniczeniem ogólnej sprawności fizyczno-psychicznej.

Obserwując postępowanie instytucyi społeczno-ubezpieczeniowych, można zauważyć, że coraz więcej stosują one postępowanie zapobiegawczo-lecznicze względem ubezpieczonych, a nawet i nieubezpieczonych, doceniając znaczenie leczenia zapobiegawczego. Wychodząc z założenia, że leczenie zapobiegawcze w prawdziwem tego słowa znaczeniu jest leczeniem stosowanem od pierwszych lat życia, to jest od okresu dzieciństwa, kiedy najlepiej można zaszczepić nieodzowne zasady higjeny osobistej i społecznej, dlatego staraniem Kas Chorych powstają dla dobra społeczeństwa kolonje i półkolonje dla dzieci. Tworzą się stacje opieki nad matką i dzieckiem, kuchnie mleczne, żłobki dla niemowląt i tak potrzebne dla społeczeństwa ośrodki zdrowia, w skład których wchodzą stacje przeciwgruźlicze, stacje przeciwweneryczne, stacje przeciwjaglicze, stacje przeciwgośćcowe, stacje przeciwrakowe i podobne. Oświata higjeniczna i ogólna tych ośrodków jest wielkim czynnikiem zwalczania i zapobiegania chorobom o charakterze społecznym, tak rozpowszechnionym szczególnie w okresie powojennym. Kasy rozpoczęły kształcenie odpowiednich sił fachowych, wykwalifikowanych w pracy społeczno-zapobiegawczej dla obsadzenia powyższych ośrodków zdrowia społecznego.

Akcja ośrodków zdrowia zupełnie słusznie znalazła zrozumienie na terenie województw Poznańskiego i Pomorskiego, jak widać z dołączonych map tych województw, stanowiących teren działalności

Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu. Prawie niema już powiatów bez ośrodków zdrowia, potrzebnych dla życia i pracy wycieńczonego podczas wojny i po wojnie tak fizycznie jak i psychicznie społeczeństwa.

Odpowiednia tabela, dotycząca wyłącznie referatu dla spraw inwalidów wojennych i wojskowych przy starostwie powiatowem w Poznaniu, wykazuje jak wiele upośledzonych inwalidów pozostało po przebytej wojnie. Dużo jest ofiar cywilnych tejże wojny, szczególnie matki i dzieci. Jestem pewny, że z biegiem czasu na terenie Kas Chorych powstanie więcej podobnych ośrodków, które należycie złączone z własnemi szpitalami i odpowiedniemi sanatorjami, będą miały wielkie znaczenie uzdrawiające dla społeczeństwa, a tem samem przyczynią się do wzmocnienia podstaw życia gospodarczego i społecznego kraju, ochraniając społeczeństwo od zachorzeń fizycznych i psychiczno-nerwowych.

Zakłady ubezpieczenia rentowego zwróciły również uwagę na t. zw. leczenie zapobiegawcze, czego dowodem jest budowa przez Ubezpieczalnię Krajową w Poznaniu zakładu kąpielowo-przyrodoleczniczego, do którego skierowuje się chorych wymagających tego rodzają leczenia. Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych stosują także leczenie zapobiegawcze w myśl statutu. Z tabeli dołączonej można wyciągnąć odpowiednie wnioski odnośnie do leczenia zapobiegawczego, stosowanego według wieku, zawodu i płci. Zakład U. P. U. w szerszym zakresie zapobiega chorobom, udzielając zapomóg na sztuczne uzębienie i protezowanie. Ta czynność Zakładu posiada wielkie znaczenie zapobiegawczo-lecznicze ogólne. Znaczenie orjentacyjne posiada tabela, wykazująca procentowo ilość osób ubezpieczonych, leczonych przez Zakład zapobiegawczo według pewnych grup chorobowych.

Jak wynika z powyższego, leczenie zapobiegawcze w zakresie wszystkich specjalności medycyny posiada dla medycyny społecznej wielkie znaczenie. Wielką rolę w leczeniu zapobiegawczem odgrywają pierwszorzędnie zorganizowane i prowadzone sanatorja oraz zakłady przyrodo-lecznicze położone w obrębie ojczystych uzdrowisk. Podkreślam „ojczystych", ponieważ nasze uzdrowiska krajowe posiadają wszelkie walory lecznicze uzdrowisk zagranicznych, a są nawet lepsze od zagranicznych, jedynie wymagałyby wkładów pieniężnych na budowę szpitali uzdrowiskowych w miejscowościach klimatycznych czynnych przez cały rok w charakterze placówek leczniczych helio-balneo-terapeutycznych. Należałoby rozbudować środki lokomocji oraz zorganizować nadzór sanitarny na szeroką skalę.

Polska posiada od północy i od południa dwa wielkie baseny powietrzne, nadmorski i górsko-podgórski. Oba te obszary tlenowe posiadają wielkie znaczenie dla kraju i mogą być nazwane płucami Polski. Z biegiem lat oraz w miarę rozwoju techniki komunikacyjnej oba wymienione obszary będą istnieć jako dwa wielkie uzdrowiska klimatyczne północno-nadmorskie oraz południowo-górskie. Jest to jedyna droga rozwoju uzdrowisk ojczystych, ponieważ pojedyncze uzdrowiska po przekroczeniu swej pojemności przestaną odpowiadać wymogom lecznictwa uzdrowiskowego. Oczywiście i w innych miejscowościach kraju pozostaną pojedyncze, cenne ze względu na swe walory przyrodo-lecznicze, miejsca lecznicze o typie uzdrowiskowym.

Przekonałem się podczas wielu lat pracy lekarskiej, że wszystkie schorzenia, wymagające leczenia uzdrowiskowego, mogą być leczone z najlepszym wynikiem w uzdrowiskach krajowych. Posiadamy piękne ośrodki uzdrowiskowe krajowe jak Zakopane, Krynica, Żegiestów, Łomnica, Szczawnica, Rabka, Truskawiec, Jaremcze, Morszyn, Ustronie, Busko, Druskienniki, Inowrocław, Ciechocinek, Jaworze, Hel, Jurata i wiele innych. Całe wybrzeże Pomorskie, Podkarpacie oraz pięknie zalesione miejscowości położone wzdłuż wysokiego brzegu Wisły pomiędzy Toruniem a Bydgoszczą posiadają wielkie walory klimatyczno-lecznicze, a wskutek braku zrozumienia ze strony kuracjuszy są po większej części nie należycie wyzyskiwane i wiele osób poszukuje zdrowia poza granicami kraju, ignorując nieświadomie własne perły klimatyczne.

W miarę dojrzewania zdrowej socjalizacji życia lecznictwo coraz więcej przechodzi na tory, prowadzone przez instytucje społeczno-ubezpieczeniowe. Coraz więcej uwydatnia się znaczenie leczenia zapobiegawczego, wymagającego dla osiągnięcia celu własnych, należycie zorganizowanych zakładów leczniczych w pierwszorzędnych uzdrowiskach krajowych, przy wykorzystaniu wszystkich walorów leczniczych ziemi ojczystej. Jest to jedyna droga do rzeczowego prowadzenia lecznictwa zapobiegawczego. Własne szpitalnictwo jest koniecznością dla należytego prowadzenia lecznictwa faktycznego przez Kasy Ubezpieczeń Społecznych, czyli zakłady krótkoterminowego ubezpieczenia, jak też konieczną jest dla Zakładów U. P. U. i Fizycznych, czyli Zakładów ubezpieczenia długoterminowego, budowa własnych zakładów przyrodo-leczniczych i sanatorjów dla leczenia zapobiegawczego, posiadającego w medycynie społecznej i ubezpieczeniowej tak ważne znaczenie, oczywiście jeżeli jest racjonalnie przeprowadzone.

Takie leczenie jest potrzebne nie tylko dla ozdrowienia i wzmocnienia społeczeństwa doby dzisiejszej, lecz okazuje nieocenione usługi dla przyszłych pokoleń, ponieważ winniśmy wychodzić z założenia, że od zdrowia rodziców zależne jest zdrowie, wychowanie i dobrobyt dzieci i wnuków. Tylko od najmłodszych lat można wychować przyszłe pokolenie w zasadach prawidłowej organizacji społecznej, przy nieodzownym warunku zdrowia fizycznego i psychicznego.

W tej pracy zadaniem mojem było zwrócić uwagę na celowość leczenia zapobiegawczego tak ze względu na zdrowie społeczne, jak i ze względu na grożące inwalidztwo jednostek, a nawet ogółu. Materjał dowodowy, który można przytoczyć do dyspozycji czytelnika, jest zanadto obszerny i nie może być całkowicie zużyty w tem opracowaniu, będzie on podstawą prac przyszłych. Nie mogąc w zupełności wyzyskać tego materjału, chcę na zakończenie zwrócić uwagę na dołączone tabele, wykresy i znaczenie przeszkalania już poniekąd niedołężnych jednostek społecznych w odpowiednich zawodach, dostosowanych do ich cierpienia. Powinniśmy uwzględnić wielkie znaczenie dla organizmu ludzkiego i społecznego ważnego czynnika pracy. Terapja pracy winna być jaknajczęściej stosowaną. Jako lekarz-referent dla spraw inwalidów wojennych i lekarz ordynujący Wojewódzkiej Szkoły dla Inwalidów Wojennych i Wojskowych niejednokrotnie spostrzegałem pomyślne lecznicze wyniki pracy u inwalidów, oczywiście w zawodzie dostosowanym do kalectwa, i zmniejszenie się stopnia utraty ich zdolności zarobkowej. Powiem więcej, że wskutek zastosowania pracy wzmagała się u inwalidów sprawność fizyczna i psychiczna.

To samo dotyczy również i inwalidów cywilnych. W końcu zaznaczam, że umiejętne stosowanie leczenia zapobiegawczego, skoordynowanego należycie z leczeniem faktycznem, wykaże nieocenione wyniki w sprawie zapobiegania inwalidztwu pracy.

Uważam za zaszczytny obowiązek złożenia wyrazów szczerego podziękowania za wiele życzliwości oraz cennych wskazówek, udzielonych mi przez P. Prezesa Trybunału Ubezpieczeniowego w Poznaniu P. Dr. Adamczaka, Pana Komisarza Rządowego Z. U. P. P. w Poznaniu P. Bieniewskiego, Pana Komisarza O. Z. K. Ch. i Dyrektora

Z. U. P. U. w Poznaniu P. Lgockiego, Pana Dyrektora O. Z. K. Ch. w Poznaniu Dr. Rudkowskiego, Pana Wicedyrektora Z. U. P. U. Dega, Pana Naczelnika Radcy Korejwo i wszystkich współpracowników O. Z. K. Ch. i Z. U. P. U. w Poznaniu.

Również bardzo dziękuję za miłą współpracę i cenne wskazówki P. P. Kolegom, P. Dr. Pułk. Strehlowi, P. Dr. Zmigrodowi, P. Dr. Linke i wszystkim P.P. Lekarzom Zaufania Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Poznaniu.

PIŚMIENNICTWO

Dr. *W. Chodźko:* „Uzdrowiska polskie wobec postulatów higjeny społecznej“ Nowiny Lekarskie 1931, Poznań.

Prof. Dr. *L. Korczyński:* „Lekarskie znaczenie klimatu morskiego.“ Przegląd zdrojowo-kąpielowy 1925 z. 8—9.

Prof. Dr. *E. Godlewski:* „Starość i śmierć jako zjawisko biologiczne“.

Prof. Dr. *E. Piasecki:* „Biologiczne podstawy wychowania fizycznego.“ Księga pamiątkowa XIII zjazdu lekarzy przyrodników polskich w Wilnie. T. I. Wilno 1930.

Dr. *J. Zieliński:* „Higjena pracy“ Warszawa 1929.

Weber-Meyer: „Klimatoterapja i balneoterapja.“ Warszawa 1909. tłum.

Dr. *A. Sabatowski:* „Klimatoterapja oraz hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa.“ Lwów 1923.

„Bader-Almanach“ XII Ausgabe 1913 Verlag von Rudolf Mosse, Berlin.

Dr. *B. Nowakowski:* „Zasady zwalczania chorób zakaźnych.“ Warszawa 1925.

Dr. med. et fil. *W. Łuczyński*: „Czy i jak można zapobiec chorobie serca?“ Lwów — Warszawa 1924.

Dr *K. Dłuski:* „Walka z gruźlicą.“ Warszawa — Toruń — Siedlce.

Prof. Dr. *A. Sokołowski:* „Choroby proletarjatu.“ Warszawa — Lublin — Lwów — Kraków.

Prof. Dr. *K. Karaffa-Korbutt*: „Zarys higjeny.“ Wilno 1922.

Prof. Dr. *Chajes*: „Kompendjum higjeny społecznej.“ Warszawa 1924, tłum. „Opieka nad macierzyństwem dziećmi i młodzieżą w R. P.“ Warszawa 1928.

Dr. *Daussat*: „L'Invalidité — Maladie.“ Paris 1924.

Dr. *P. Dalché*: „Gynecologie et accidents du travail.“

Dr. *Daussat*: „Expertise des professions.“ Paris 1925.

Dr. *Daussat*: „Accidents du travail et maladies.“ Paris 1925.

Dr. *P. Reckzeh*: „Abriss der versicherungsmedizinischen Patologie.“ Berlin 1929

Dr. Prof. *P. Gantkowski*: „Stosunek polskich uzdrowisk do zagranicznych.“ Nowiny Lekarskie 1930.

Prof. Dr. *L. Korczyński*: „Wytyczne dla klinicznego leczenia reumatycznych schorzeń stawów.“

Dr. *H. Kłuszyński*: „Gościec jako zagadnienie społeczne.“ Inowrocław 1930.

Dr. *J. Bujalski*: „Pracownicy umysłowi a zapobieganie stanom chorobowym.“ Przegląd Ubezpieczeń społecznych, Warszawa 1931.

Dr. *S. Wąsowski*: „Poradnia przeciwgruźlicza.“ Warszawa 1927.

Dr. *S. Ivanic*: „Legislation sanitaire.“ Beograd 1930.

Dr. *S. Sroczyński*: „Das Sol-und Moorbad Inowrocław ein Rheumabad.“ Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Kraków 1930.

Dr. *W. Chodźko*: „Uzdrowotnienie wsi na terenie Ligi Narodów.“ Lekarz Polski, 1930.

Prof. Dr. *J. Piltz*: „O bezpośredniem dziedziczeniu pewnych stanów psychopatologicznych.“ Polska Gazeta Lekarska 1920.

Dr. *H. Biernacki*: „Zagadnienia lecznictwa doby współczesnej.“ Higjena pracy 1930.

Prof. Dr. *L. Korczyński*: „O konstytucji wegetatywnej i o formujących ją czynnikach“ ref. na III Zjeździe Lek. w Krynicy.

Dr. *J. Gawroński*; „Wpływ narządu mięśniowego na powstanie i rozwój świadomości.“ Nowiny Psychjatryczne, 1926

Dr. *J. Babiński*; „Emotion, Suggestion et Hystérie. Societe de Neurologie de Paris. 1907.

Dr. *J. Babiński*; Démembrement de l'histerie traditionelle pithiatisme.“ Paris 1909.

Dr. *E. Bresky*: „Lécebná péce w socialním pojistení.“ Praha 1929.

Prof. Dr. *E. Piasecki*: „Wychowanie fizyczne narodowe.“ 1930.

Dr. *K. Kłuszyński*: „Reumatyzm w świetle współczesnej nauki lekarskiej i stosunek instytucji ubezpieczeń społecznych do tego zagadnienia.“ Ochrona społeczna, 1930.

Dr. *J. Danielski*: „Zarys rozwoju walki społecznej z gruźlicą w Stanach Zjednoczonych A. P.“ Gruźlica 1930.

Ing. mag. *Rudolf*. „Higjena urbanistyczna.“ Nowiny Społeczno-Lekarskie, 1931.

S. Wołczyński: „Ogródki działkowe jako zagadnienie społeczne.“ 1931.

Prof. Dr. *L Wierzejewski:* „Opieka nad dziećmi ułomnemi i kalekami.“

W. Zakowski; „Podstawowe czynniki rozwoju ośrodków zdrowia i opieki społecznej Kas Chorych woj. Poznańskiego i Pomorskiego.“ Lekarz Polski 1931.

Holfelder; „Organizacja walki z rakiem.“

Dr. *A Arstejn*; „Problem leczenia gruźlicy pracą.“ Wiad. Lek. 1931.

Dr. Prof. *W. Chodźko*; „Uzdrowiska polskie wobec postulatów higjeny społecznej.“ Przegląd zdrojowo-kąpielowy 1931.

Dr. *Toeplitz*; Znaczenie społecznego budownictwa mieszkaniowego.“ 1928.

Dr. *M. Stawiński*; „Rola medycyny zapobiegawczej w lecznictwie.“ 1929.

Dr. *Karaffa-Korbutt*: „Praca i odpoczynek.“ Higjena społeczna 1929.

T. Janiszewski: „Społeczna walka z gruźlicą zagranicą i w Polsce“. Gruźlica 1927.

E. Kisch: „Medicingimnastik und Pädagogik im Kampfe gegen die Tbc.“ 1930.

Dr. *S. Sterling*: „Suchoty płuc pospolite.“ 1921.

J. K. „Zanikanie syfilisu jako klęski społecznej w wyniku nowoczesnych metod zwalczania.“ Warszawa 1931.

Prof. Dr. *L. Korczyński*; Przyrodzone źródła sił i zdrowia ziemi Krakowskiej.“ Przeg. Zdroj. 1931.

Dr. *K. Sawicz*: „Inowrocław.“ Przeg. Zdroj. 1931.

Prof. Dr. *L. Korczyński*; „Mechanizm odruchów trzewnych.“ Med. Prakt. 1931.

TABELA 1.



Teren Poznański czynności Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu. Wykaz ośrodków zdrowia uruchomionych do dnia 1 października 1931 roku.

TABELA 2.



Teren Pomorski czynności Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu.
Wykaz ośrodków zdrowia uruchomionych do dnia 1 października 1931 roku.

STAROSTWO POWIATOWE — TABELA 3
(Referat Spraw Inwalidów Wojennych)
w Poznaniu

LICZBA INWALIDÓW WOJENNYCH
w dniu 31 marca 1931 r. według przyczyn inwalidztwa

Wyszczególnienie	Razem stałych	Razem czas.
I. Uszkodzenia:		
A. *Uszkodzenia kończyn górnych.*		
1. Brak ręki:		
a) poniżej łokcia	40	—
a) powyżej łokcia	113	—
2. Brak obu rąk:		
a) poniżej łokcia	—	—
b) powyżej łokcia	—	—
c) jednej poniżej, drugiej powyżej łokcia	1	—
3. Brak kiści . . . . . . , ...	6	—
4. Brak palców jednej ręki	444	3
5. Brak palców obu rąk	3	—
6. Uszkodz. części miękkich jednej lub obu rąk	242	8
7. Uszkodz. kości i stawów jednej lub obu rąk	1698	31
B. *Uszkodzenia kończyn dolnych.*		
8. Brak stopy	23	—
9. Brak obu stóp	1	—
10. Brak nogi:		
a) poniżej kolana	109	2
b) powyżej kolana	241	7
11. Brak obu nóg:		
a) poniżej kolana	10	—
b) powyżej kolana	2	—
c) jednej poniżej, drugiej powyżej kolana	7	—
12. Uszkodz. części miękkich jednej lub obu nóg	487	49
13. Uszkodz. kości i stawów jednej lub obu nóg	1234	47

Dalszy ciąg.

Wyszczególnienie	Razem stałych	Razem czas
14. Brak jednej lub dwu kończyn górnych z równoczesnym brakiem jednej lub dwu kończyn dolnych	3	—
15. Uszkodzenia jednej lub dwu kończyn górnych z równoczesnem uszkodzeniem jednej lub dwu kończyn dolnych	224	12
C. *Uszkodzenia głowy, kręgosłupa i t. p.*		
16. Uszkodzenia czaszki	161	42
17. Uszkodzenia oczu niepowodujące ślepoty	97	9
18. Uszkodzenia szyi i kręgosłupa	106	17
19. Wszelkie inne niewymienione uszkodzenia	712	55
II. Choroby zakaźne i pasorzytnicze		
1. Gruźlica	434	346
2. Wszelkie inne choroby zakaźne i ich następstwa . . . , ...	19	8
III. *Choroby umysłowe*	43	17
IV. *Nerwice* . . . . , .	281	135
V. *Choroby układu nerwowego*	110	21
6. Padaczka	17	9
7. Upośledzenie psychopatyczne, neuropapatyczne i narkomanja	115	43
VIII. *Choroby uszu* połączone ze znacznem przytępieniem słuchu lub głuchotą . . .	155	8
IX. *Choroby narządów wewnętrznych* niegruźliczego pochodzenia	342	209
10. Reumatyzm i artretyzm	117	46
XI. *Ociemniali:*		
a) na jedno oko	272	3
b) na oba oczy	28	—
XII. *Inne choroby* nieobjęte powyższą specyfikacją	30	2
Razem	7927	1129

WOJEWÓDZKA SZKOŁA REEDUKACYJNA dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu — TABELA 4

STATYSTYKA SZKOLONYCH INWALIDÓW WOJENNYCH
za czas od 1.II-1924 r. do 31.V-1927 r.

Ukończyło naukę z wynikiem dodatnim	239.
Zwolniono dla różnych powodów przed ukończ. nauki	29.

Wyszkolono w poszczególnych zawodach:

W szewstwie	41
„ krawiectwie	34
„ rymarstwie	34
„ stolarstwie	11
„ koszykarstwie	6
„ ślusarstwie i pokrewn. zawod. . .	11
„ tokarstwie metalowem	10
„ ogrodnictwie	5
„ elektromechanice	1
„ kołodziejstwie	1
„ zegarmistrzostwie	1
„ kowalstwie	2
Na rocznych kursach handlowych . .	45
„ półrocznych	2
„ kursach rolniczych	10
„ „ badania mięsa i włośni	21
„ „ kroju krawieckiego . . .	2
„ „ cholewkarstwa	1
„ „ instal. i monterów gaz.	1
Razem . . .	239 inwalidów

Z powyższej liczby ogólnej było:	żonatych	97
	nieżonatych . . .	142
	Razem . . .	239 inwalidów

Robotników:	niekwalifikowanych	183
	kwalifikowanych	56
	Razem . . .	239

Inwalidów do lat 30	129
od 31 do 40	95
od 41 do 50	15
Razem . . .	239

Inw. z armji Polskiej	111
„ „ „ niemieckiej	
zaborczych rosyjskiej	128
austrjackiej	
Razem . . .	239

Według stopnia niezdolności do zarobkowania:

do 30%	64 osoby
od 31% do 50%	102
od 51% do 75%	62
od 76% do 85%	10
od 86% do 100%	1
Razem . . .	239 inwalidów

Liczby szkolonych inwalidów za czas od 1.II-1924 r, do 31.III-1931 r.

Ogółem szkoliło się 552 inwalidów.

Ukończyło naukę z wynikiem dodatn.	488 inw.
Zwolnionych dla różnych powodów przed ukończ. kursów	64
Razem . . .	552 inw.

TABELA 5

Wykaz osób według grup chorobowych, leczonych w roku 1930 przez Z. U. P. U. w Poznaniu zapobiegawczo, t. j. z art. 61-go.

GRUPY CHOROBOWE	Liczba osób M.	Liczba osób K.	razem	% %
Gruźlica przewodów i narządów oddechowych	103	159	262	34.4
Inne choroby przewodów i narządów oddech.	31	34	65	8.5
Gościec stawowy	20	28	48	6,3
Inne sprawy gośćcowe	16	17	33	4.3
Choroby na tle nieprawidłowej przemiany materji	1	5	6	0.8
Choroby układu dokrewnego	3	10	13	1.7

Ciąg dalszy

Choroby układu nerwowego ośrodkowego, współczulnego i obwodowego	85	140	225	29.5
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych . .	8	49	57	7.5
Choroby narządów krążenia krwi i chłonki .	23	17	40	5.3
Choroby układu trawiennego	4	9	13	1.7
Razem .	294	468	762	100

Leczenie zapobiegawcze TABELA 6
stosowane przez Z.U.P.U. w Poznaniu w r. 1930.

Zestawienie według wieku lecz. z art. 61. (w 1930 r.)

Wiek	2-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	Razem
Mężczyźni	46	64	66	32	29	24	19	11	3	294
Kobiety	105	143	104	49	29	17	13	5	3	468
Razem	151	207	170	81	58	41	32	16	6	762

Zestawienie według zawodów lecz. z art. 61.

Grupa zawodowa	Rolnictwo	Górnictwo i przemysł	Handel i ubezp.	Komunik. i transp.	Służba publiczna	Różne
Mężczyźni	20	41	143	8	37	40
Kobiety	26	51	226	21	77	72
Razem	46	92	369	29	114	112

Zapomogi na sztuczne uzębienie według wieku.

Wiek	do 25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	62-65	Razem
Mężczyźni	—	7	9	13	8	11	16	11	13	88
Kobiety	—	7	7	3	2	2	1	—	1	23
Razem	—	14	16	16	10	13	17	11	14	111

TABELA 7

W ciągu roku 1930 Wydział Rentowy przyznał ubezpieczonym w Z. U. P. U. w Poznaniu:

Rent starczych mężczyznom		98
„ „ kobietom		10
	razem	108
Rent wdowich		89
„ sierocych	pełnych sierot	9
	pół sierot	124
	razem	133
Odpraw wdowich		44
„ sierocych		5

W roku 1930 rent inwalidzkich nowych z dodatkiem dla niedołężnych z artykułu 40 Dekretu Z. U. P. U. w Poznaniu nie przyznał.

O VII Międzynarodowym Kongresie Psychotechnicznym w Moskwie (8—13 wrześnla 1931 r.)

podał

Dr. H. TARGOŃSKI

W czasie od 8 do 13 Września r. z. odbyła się w Moskwie VII Międzynarodowa Konferencja Psychotechniczna. Brało w niej udział kilkaset osób, w tem około 140 delegatów zagranicy. Wśród tych najwybitniejsi przedstawiciele psychologji i psychotechniki, jak Piéron, Claparède, Stern, Rupp, Miles, Mira, Lahy, Moede, Ferrari i t. d. Delegacja polska złożona z 18 osób, pod przewodnictwem prof. S. Błachowskiego, była jedną z liczniejszych. Również bardzo licznie przybyli niemcy i hiszpanie.

Miejscem obrad Kongresu był Klub robotniczy im. Russakowa na Sokolnikach, gdzie urządzona była również wystawa psychotechniczna. Lokal ten znajduje się dość daleko od centrum miasta i dojeżdżaliśmy tam specjalnie przeznaczonemi autobusami. Podkreślam to, ponieważ tramwaje i autobusy miejskie są stale przepełnioee i dostać się do nich nie jest sprawą łatwą. Inne środki komunikacji jak taxi i dorożki w bardzo skąpej ilości, przytem bardzo drogie. Sala, w której się odbywały posiedzenia, posiada urządzenie radjotechniczne, pozwalające na jednoczesne słuchanie przemówień w 4 językach: rosyjskim, niemieckim, francuskim i angielskim. Urządzenie to jest tego rodzaju, że każde krzesło jest zaopatrzone w słuchawkę i posiada gniazdka do przewodów mikrofonów. W chwili, gdy ktoś przemawia, umieszczeni poniżej podjum tłumacze, znajdujący się przed mikrofonami, tłumaczą bezpośrednio na dany język. Urządzenie to daje, oczywiście, bardzo dużą ekonomję czasu.

W dniu rozpoczęcia Konferencji otrzymaliśmy streszczenia referatów. Posiedzenia Konferencji były przeplatane zwiedzaniem różnych instytucyi, galeryi, muzeów i t. p. Przytem władze nawet w przypadkach indywidualnych życzeń szły zawsze nam na rękę. Ogólnie

o stronie technicznej można powiedzieć, że, wyjąwszy jakieś drobne usterki, całość była zorganizowana wzorowo.

Przemówienia powitalne wygłosił w imieniu S. S. S. R. przewodniczący Kongresu prof I. Spielrein (Moskwa) oraz w imieniu władz municypalnych przedstawiciel „Moskiewskiego Sowietu". Poczem odczytany został referat J. A. Krawala, zastępcy Komisarza Pracy p. t. „Praca w systemie planowej gospodarki w S. S. S. R.". Referent omawia ogólne położenie gospodarcze S. S. S. R., w szczególności klasy robotniczej, uwypuklając charakterystyczne dodatnie rysy gospodarki sowieckiej oraz gospodarki kapitalistycznej (strony ujemne), operując danemi własnego kraju oraz krajów wysokouprzemysłowiocnyh jak Niemcy, Stany Zjednoczone.

Jakież są te charakterystyczne cechy gospodarki sowieckiej? Są to: 1) planowość, 2) niezwykle szybkie tempo rozwoju w myśl hasła: „co zachód osiągnął w 50 lat, my osiągniemy, a nawet wyprzedzimy, w 10 lat".

3) Stosunek do pracy. Praca jest wolną, a nie przymusową; w ustroju socjalistycznym praca przestaje być ciężarem, lecz jest sprawą honoru. Oto piękne zdanie Stalina: „Praca — to kwestja czci, honoru, bohaterstwa!"

4) Rola wychowawcza pracy. Cały plan gospodarczy jest nie tylko środkiem do zrealizowania lepszej rzeczywistości, lecz bodźcem do wyzwolenia nowych sił i nowych form życia gospodarczego.

5) Współzawodnictwo ma zupełnie inny charakter w ustroju socjalistycznym i kapitalistycznym. Prócz podniet w postaci pieniężnej wprowadza się cały szereg podniet natury psychicznej. Na tej drodze osiągnięto już kilka etapów rozwoju: od współzawodnictwa indywidualnego do t. zw. brygad szturmowych (udarnyja brygady). Referent przytaczał dane odnośne wyników, osiągniętych na polu oświaty, ustawodawstwa robotniczego i t. p. Referat ten, o charakterze wybitnie propagandowym, zawierał dużo ciekawych danych o bardzo różnej, często wątpliwej wartości. Był to jednak bardzo dobry wstęp, wprowadzenie gości w rdzeń zagadnień rzeczywistości sowieckiej.

Program obrad Konferencji tworzyły 3 główne tematy na posiedzeniach plenarnych oraz kilkadziesiąt referatów w sekcjach.

Tematy zasadnicze były następujące:

1) „Teorja psychotechniki". Referenci — W. Stern (Hamburg), J. Lahy (Paryż) i I. Spielrein (Moskwa).

2) „Zastosowanie matematyki w psychotechnice". Referenci: W. Bingham (New-Jork), W. Blumenfeld (Drezno), A, Mandryka (Charków), A. Piéron i Fessard (Paryż).

3) „Psychologja zawodów (profesjografja)". Referenci: F. Baumgarten (Bern) — nieobecna, C. Gellerstein (Moskwa), O. Lipmann (Berlin), G. Miles (Londyn), E. Mira (Barcelona) i K. Rupp (Berlin).

Już przy pierwszem symposium — „O teorji psychotechniki" — uwidocznił się specyficzny charakter Konferencji. Pierwszy zabrał głos *Stern*, występując z wywodami swej znanej teorji personalistycznej. Rozróżnia on dwa rodzaje celów, które realizuje psychotechnika: *pozaosobnicze* (transpersonale) — zmierzanie ku kształtowaniu życia gospodarczego i pracy wogóle—oraz *osobnicze* (personale) — poznanie człowieka.

Rozpatrując pracę z punktu widzenia personalizmu, nie można poprzestać tylko na wyczynach zewnętrznych, przejawach osobowości, lecz trzeba wniknąć w strukturę wewnętrzną — sferę woli, popędów i zainteresowań.

W zależności od tego kształtuje się metodyka badań. Stern rozróżnia metody *monosymptomatyczne* (np. oparte na wyczynie — psychotechniczne lub innej formie wyrazu — jak grafologja), gdy wnioskujemy tylko na podstawie jednego rodzaju cech, oraz *polisymptomatyczne*, gdy bierzemy pod uwagę cały szereg cech (zachowanie się, stosunek do pracy i t. d.). Ideałem byłaby metoda obejmująca całokształt osobowości (Totalverfahren), wszystkie najbardziej istotne cechy, jakoby rdzeń.

Z kolei zabrał głos *J. Lahy*.

Przemówienia tego nie słyszałem w całości, streszczenia również nie posiadam, pozatem było ono jednem z mniej zrozumiałych. Wydaje mi się, że p. Lahy wypowiadał się za zupełną niezależnością psychotechniki od psychologji; psychotechnika — to jakby szczyt wiedzy psychologicznej. Najbardziej ciekawe było zakończenie przemówienia, w którem referent złożył oświadczenie, że przyłącza się do stanowiska psychotechników S. S. S. R., t. j. staje na gruncie t. zw. *dialektyki materjalistycznej*. Oświadczenie to było wypowiedziane z wielkim patosem. Przypadło to bardzo do smaku przedstawicielom S. S. S. R. i sukces ten podkreślała następnego dnia prasa codzienna.

Trzecim z referentów 1-go symposium był *J. Spielrein*. Wystąpienie jego nadało Konferencji ten specyficzny charakter, który zaciążył już do końca obrad. Zakreślił on jakby program wystąpień psychotechników sowieckich, wprowadził przytem pewien ton i nastrój, tak specyficzny dla stosunków w S. S. S. R.

O cóż właściwie chodziło?

Nauka w S. S. S. R. przeżywa obecnie okres wkraczania do niej teorji marksizmu i leninizmu. Teoretyczne podstawy wszyst-

kich nauk uzasadnia się za pomocą *djalektyki materjalistycznej*. W związku z tem spotykamy w pismach, bądź na zebraniach publicznych, enuncjacje ludzi nauki, że zrzekają się dotychczasowych poglądów swoich i uznają za jedynie słuszne stanowisko *djalektyki materjalistycznej*. Co stanowi istotę tej teorji? Niełatwo jest odpowiedzieć na to pytanie niewtajemniczonemu, bo i wtajemniczeni, gdyśmy żądali od nich bliższych wyjaśnień, robili bardzo podniosłe miny i odsyłali nas do dzieł Marksa, Lenina. W miarę możności postaram się dać choćby powierzchowne przedstawienie o tej *djalektyce materjalistycznej*.

Wywodzi się ona z djalektyki Hegla; w procesie powstania wiedzy uznaje się trzy etapy: teza, antyteze, synteza. Jeśli zaś idzie o teorję poznania (kwestja, co stanowi przedmiot i treść wiedzy) zajmuje stanowisko odmienne od idealiżmu i materjalizmu. W konkretnym przypadku zastosowania do psychologji rozumowanie jest tego rodzaju: świadomość jest produktem materji i jej właściwością. „Myślenie jest ruchem" i tego ruchu niema bez materji. Jednak forma, jak i treść myślenia, zarówno jak forma i treść świadomości uwarunkowane są temi społecznemi warunkami, w których człowiek żyje. Niema więc wiedzy objektywnej, neutralnej; każda nauka (nawet matematyka) — to wytwór danych warunków ekonomicznych i socjalnych. Oto zasadnicza teza, którą starał się uzasadnić referent, podkreślając wyraźnie, że psychotechnika, jako wiedza czysto praktyczna, ma bardzo wybitne zabarwienie polityczne. Z tego stanowiska podał Spielrein surowej krytyce podstawowe pojęcia, cele i zadania psychotechniki, a właściwie przeprowadził rozdział dotychczas jednej psychotechniki na dwie: jedną „burżuazyjną", a drugą „proletarjacką". Djalektyka materjalistyczna nie uznaje uzdolnień wrodzonych, pojmowanych biologicznie i statycznie, jak to czyni psychotechnika „burżuazyjna". Uzdolnienia należy pojmować jako coś dynamicznego, jako wytwór środowiska socjalnego, warunków pracy — mówią psychotechnicy sowieccy za Engelsem „Praca kształtuje naturę człowieka". Również cele i zadania dwóch psychotechnik są różne; podczas gdy w krajach kapitalistycznych psychotechnika — to jeszcze jeden środek gnębienia klasy robotniczej (hamowanie wznoszenia się wzwyż po drabinie społecznej), — bo temu ma służyć djagnoza i prognoza, rola psychotechników sowieckich — wychowywanie. I metodyka badania psychotechniki „burżuazyjnej" została również potępiona, że właściwie bada wiadomości nabyte i nie uwzględnia czynnika socjalnego. Ten zarzut padł między innemi w kierunku skali Binet-Simon'a, co wywołało protest Piéron'a. Wresz-

cie Spielrein w bardzo ostry sposób zaatakował obecnego tam Moedego z powodu jego broszury, traktującej o obchodzeniu się z pracownikami.

Należy przytem zaznaczyć, iż całe przemówienie Spielreina było utrzymane w tonie ostrym, gwałtownym, psychotechnikom kapitalistycznych krajów były czynione zarzuty natury etycznej. Ten ton wystąpień na konferencji naukowej to też coś bardzo osobliwego. Moede dotknięty poprosił zaraz o głos. Mówił, że istnieje jedna objektywna wiedza, że psychotechnika służy zarówno jednostkom, jak i całej ludzkości oraz o przypadkach wątpliwej djagnozy. Wyjechał zresztą przed zakończeniem obrad Konferencji W dyskusji nad I symposium zebierali głos: Stern, Lipmann, Piéron, Lahy oraz psychotechnicy sowieccy. Zarysowały się zupełnie wyraźnie 2 obozy: jeden — to psychotechnicy „burżuazyjni", zwolennicy nauki objektywnej, drugi psychotechnicy sowieccy oraz p. Lahy, stojący na gruncie djalektyki materjalistycznej. To ostatnie stanowisko wyróżniało się tem, że we wszystkich dyskusjach wracano zawsze na płaszczyznę społeczno-polityczną. Każdy z psychotechników sowieckich poczytywał sobie za jeden z najważniejszych argumentów cytowanie Marksa, Lenina i t. d., — przypominało to popis szkolny.

W II Symposium — jednym z ciekawszych był referat *A. M. Mandryki.* Stara się on dowieść, iż dotychczasowe panowanie poglądów metafizyczno- idealistycznych w psychotechnice odbija się bardzo niekorzystnie na interpretacji zależności matematyczno-statystycznych, uwarunkowanych odpowiedniemi funkcjami psychicznemi. Mianowicie — zależności te nie są tak prostolinijne, jak to się zazwyczej przyjmuje. Referent poddaje krytyce teorję Spearman'a o 2 czynnikach: 1) czynnik ogólny (inteligencja ogólna) i 2) czynnik specyficzny (uzdolnienia specjalne) — i dochodzi co wniosku, że teorja ta jest jednostronna, bo nie uwzględnia wpływów środowiska społecznego.

Blumenfeld—„O ilościowej i jakościowej ocenie wyczynów." Omawiając różne przykłady tworzenia oceny psychotechnicznej, dochodzi do wniosku, że ocena ta jest miarodajną tylko wtedy, gdy jest wszechstronna, oparta na sądach pod różnemi kątami widzenia. Dlatego badań psychotechnicznych nie może przeprowadzać ktoś tylko powierzchownie obeznany z metodami. Kwestję tę powinien rozstrzygnąć kongres międzynarodowy.

H. Piéron i A. Fessard—„Uwagi o celowości (badania)." Miarą wartości metody jest współczynnik celowości (współcz. korelacji między oceną testową i zawodową). Tej samej wielkości współczynnika mogą odpowiadać różne wartości w praktyce. Należy pamiętać

o tem, aby uwzględniać zgodność czysto przypadkową. Ażeby współczynnikowi temu zapewnić dostateczną stałość, trzebaby ustalić terminologję, kryterja oceny zawodowej, liczebność i jednostajność grup badanych. Kryterja oceny zawodowej są dotychczas również nieustalone i bardzo płynne, podobnie jak nie zawsze znany jest stopisń zmienności djagnozy. Współczynnik celowości metody uważają autorowie jako punkt wyjścia, pozwalający w sposób najbardziej jasny, prosty i dokładny ocenić wartość metody.

W III Symposium—„O psychologji zawodów" — *Hellerstein* rozwinął odnośne punkty referatu Spielreina. W związku z poglądami na uzdolnienia praca zawodowa nie jest czemś stałem, niezmiennem. Dzięki daleko idącej mechanizacji pracy zawody ulegają stałej ewolucji oraz zwężają się stopniowo granice między poszczególnemi zawodami. Mówi się o przechodzeniu z jednego zawodu do drugiego po przepracowaniu określonej ilości lat. Pojęcie zawodu uległo więc znacznemu rozszerzeniu. Prócz uzdolnień należy brać pod uwagę i możliwości rozwojowe osobnika. Jeśli idzie o metodę profesjografji, to pierwszeństwo oddaje się metodzie pracy t.j. zapoznawaniu się z każdego rodzaju pracą przez praktykowanie.

L. E. Mira ujął bardzo oryginalnie metodykę profesjografji. Wywodzi on, że każdy zawód można rozpatrywać pod dwojakim kątem widzenia: jakby w przekrojach — poprzecznym i podłużnym. Pierwszy sposób, gdy bierzemy pod uwagę momenty kulminacyjne pracy i poddajemy analizie funkcje psychiczne, które odgrywają decydującą rolę w tym momencie. Drugi zaś sposób — to śledzenie przebiegu ewolucyjnego poszczególnych funkcyi zasadniczych w toku pracy od początku do końca.

Wreszcie rozróżnia metody powierzchowne i sięgające wgłąb zmierzające do wykrycia zasadniczej postawy subjektywnej pracownika. Przy układaniu profesjografji, zdaniem prelegenta, należy specjalną uwagę zwrócić na następujące bardzo ważne punkty: a) intensywność względną uzdolnień i postać, w jakiej występują w każdym przypadku oraz b) metodę grupowego porównania wyników (wyczyny zawodowców z wyczynami laików).

G. H. Miles—„Analiza zawodu". Należy o tem pamiętać, że różne zawody wymagają analogicznych czynności i uzdolnień. Pomimo tych podobieństw istnieją jednak różnice w końcowym rezultacie pracy. Ten końcowy efekt, jako bodziec, ma decydujący wpływ na osobnika. Bardzo ważne momenty — to zadowolenie oraz czy praca zawodowa zaspakaja aspiracje. Osobnik o średnim poziomie inteligencji i uzdol-

nień może pracować w licznych zawodach, byleby dany rodzaj pracy odpowiadał jego charakterowi i temperamentowi.

H. D. Kitson—„Metoda profesjografji", polegająca na przestudjowaniu historji możliwie wielkiej ilości pracowników danego zawodu (massed case histories). Chodzi o uwzględnienie roli różnorodnych czynników jak — wiek, wykształcenie, ilość lat pracy i t. p. Zebrane w ten sposób dane nazywa autor drabiną zawodową, która pozwala zorjentować się w możliwości osiągnięcia przeciętnego powodzenia.

Poza temi referatami na 3 główne tematy na posiedzeniach plenarnych było jeszcze mnóstwo referatów na posiedzeniach w sekcjach. Poprzestanę tylko na bardzo nielicznych wzmiankach.

H. Rupp—„Stosunek jakości pracy do szybkości wykonania". Chodzi o wymienione zależności w znaczeniu objektywnem t j. w odniesieniu do rodzaju pracy, a nie pracującego, o wykrycie pewnych zależności, któreby dysponowały do tego lub innego rodzaju pracy. W tym celu porównywano: 1) zachowanie się osobnika w różnych warunkach oraz 2) zachowanie się różnych osobników w identycznych warunkach. Reguła — im wolniejsze tempo, tem lepsze wykonanie — okazała się słuszną tylko w pewnych granicach, poza któremi zarówno zwolnienie jak i przyspieszenie tempa wpływa ujemnie na wynik pracy.

W stosunku do tych dwóch zmiennych (jakości i szybkości pracy) istnieją duże różnice międzyosobnicze w zależności od różnic w uzdolnieniach, celowości pracy, nastawieniu uczuciowem i t. d.

W. Kołodnaja—„Zmiany psychologiczne w podstawowych zawodach komunikacyjnych w zwi zku z rekonstrukcją". W związku z technicznemi ulepszeniami w kolejnictwie oraz jego racjonalizacją praca niektórych pracowników ulega zasadniczym zmianom, szczególnie dotyczy to służby Ruchu. Wzrasta znacznie praca dyspozytora Ruchu, który jest właściwym kierownikiem i organizatorem Ruchu w obrębie 15 — 20 stacyi, a rola dyż. Ruchu zmniejsza się do wykonywania ściśle określonych funkcyi, praca jego staje się bardziej pasywna.

W. Kogan, W. Marszewa, I. Okunewa—„Praca kobieca".

Na podstawie badań, przeprowadzonych w Instytucie Ochrony Pracy, dochodzą do wniosku, że niema różnic zasadniczych w uzdolnieniach kobiet i mężczyzn. Nawet jeśli idzie o zdolności techniczne, to różnice, jakie są dotychczas, spowodowane były warunkami socjalnemi. W myśl tych wywodów wprowadza się kobiety nawet do ciężkiego przemysłu. Tramwaje miejskie są obsługiwane w znacznej części przez kobiety. Kilka kobiet jest nawet maszynistami na kolei.

Z innych referatów wymienić należy *E. A. Rachmela* oraz *E. J. Ruzera* — „O psychologji wypadków." Drugi z wymienionych referentów dochodzi do wniosków, zaprzeczających słuszności prawa Marbego (że istnieją t. zw. pechowcy).

A. Szein i P. A. Rudik — poruszyli bardzo ciekawy temat „Psychologji filmu", mianowicie: zależności między spostrzeganiem i rozumieniem treści różnych obrazów filmowych.

Z Polski zgłoszonych było 9 referatów, jednak nie wszystkie zostały wygłoszone. Z pośród tych ostatnich wymienić należy następujące:

L. Goldscheider (Katowice). „Badania psychotechniczne nad emigrantami z Polski do Francji". Ponieważ emigruje w znacznej mierze ludność wiejska, chodziło o selekcję materjału ludzkiego, któryby się nadawał do pracy w górnictwie.

B. Biegeleisen (Kraków). „O djagnostycznej wartości psychotechnicznego badania zdolności". Autor zajmuje się rozważaniem tworzenia ocen psychotechnicznych i dochodzi do wniosku, że ogólna ocena psychotechniczna powinna być tworzona nie jako suma poszczególnych testów, lecz należy również uwzględniać stopień trudności poszczególnych testów oraz korelację ich z oceną zawodową.

P. Macewicz (Warszawa). „O współczynniku korelacji".

J. Zawirska (Warszawa). „Poradnictwo zawodowe, a zagadnienie wieku młodocianych pracowników."

Na powyższych referatach poprzestanę. Wróćmy teraz jeszcze raz do tych podstawowych zagadnień poruszonych przez Spielreina. Niewątpliwie akcja psychotechników sowieckich była jednolita, planowa, zwarta. Chodziło o osiągnięcie pewnego efektu politycznego w obliczu władz oraz mas robotniczych. Efekt ten został w znacznej mierze osiągnięty. Ale czy te wszystkie zarzuty, stawiane psychotechnice krajów kapitalistycznych, były słuszne i czy stanowiły one coś nowego? Niestety — nie. Wszystkie te słabe strony były już niejednokrotnie poruszane i zdajemy sobie z nich sprawę. Charakterystycznym rysem krytyki sowieckiej było tylko to, że wypowiadano ją w dość przykrej formie. Niewątpliwie nowe myśli dorzucili psychotechnicy S. S. S. R., jeśli idzie o profesjografję. Również i możliwości zastosowania psychotechniki w Sowietach wydają się znacznie większe, niż gdziekolwiekindziej. Ale międy wystąpieniami na Kongresie, a praktyką w laboratorjach dotychczas istnieje duża rozbieżność. Bo, zwiedzając pracownie psychotechniczne, prawda, zaopatrzone obficie w przyrządy i personel (przeciętnie kilkadziesiąt osób), widzieliśmy, że przeważnie robi się to samo i tak samo jak w krajach kapitalistycznych.

Istotna różnica dotyczy kierunku rozwoju metodyki, której charakterystycznym rysem jest zespolenie badania psychotechnicznego z lekarskiem. Np. Centralne laboratorjum kolejowe w Moskwie składa się z następujących działów: 1) psychotechniczny, 2) kliniczny, 3) sanitarno-higjeniczny i 4) fizjologiczny. Tak więc na praktyczne wyniki djalektyki materjalistycznej musimy narazie poczekać; jedyny dotychczasowy wynik tej teorji — to negacja, zaś wyniki pozytywne nieznane.

Na zakończenie pozwolę sobie podzielić się wrażeniami ogólnemi. Oczywista, że w ciągu kilkunastu dni pobytu niepodobna ogarnąć całej rzeczywistości sowieckiej w jej najróżnorodnieszych przejawach, powiązać wszystkie obserwacje w łańcuch przyczyn i skutków. Uwagi moje z konieczności będą fragmentaryczne.

Pomimo, że nie brak było ciekawych referatów, zainteresowanie konferencją było niezbyt duże. Gdy zapytałem jednego z profesorów niemieckich, co sądzi o Konferencji? Odpowiedział: „Jest bardzo interesująca, ale nie z punktu widzenia psychotechniki". Jestem pewien, że tak samo myślała większość uczestników Konferencji z zagranicy.

Znajdując się w obliczu największego z eksperymentów, jakie się wydarzyły w dziejach ludzkości, trudno się było bardzo interesować kongresem; wszystkie poruszane zagadnienia wydawały się na tem tle znikomo małe.

Każdy z uczestników konferencji, jeśli tylko chciał, miał możność chodzić, dokąd zapragnął i robienia obserwacji w różnych okolicznościach: w pociągu, tramwaju, na ulicy, w kinie, teatrze, prywatnem mieszkaniu i t. p.

Pierwsze wrażenie optyczne jest dość przykre. Widząc ten szary, bezbarwnie, jednostajnie i ubogo ubrany tłum, doznaje się uczucia jakby pewnego rodzaju zażenowania.

Kobiety osiągnęły równouprawnienie jaknajdalej idące, bo nawet wyglądem zewnętrznym niebardzo się wyróżniają od mężczyzn. Kobietę, ubraną po europejsku, można widzieć tylko w teatrze, bądź na jakiejś uroczystości. Przybysza z zachodu uderza to odrazu. Wypowiedział to prof. Lipmann na bankiecie, wydanym przez ,,Moskiewski Sowiet", mniej więcej w te słowa: ,,Dotychczas myśleliśmy, że tu w S. S. S. R. niema eleganckich kobiet, ale teraz widzimy, że są". Podobnie jak z odzieżą przedstawia się sprawa z odżywianiem i mieszkaniem. Wogóle warunki materjalne życia są bardzo ciężkie, na pograniczu minimum. Bezrobocia niema, przeciwnie brak rąk do pracy. Skala płac w chwili obecnej jest dość rozpięta, wprowadzono

nawet premje. W związku z łatwością otrzymania pracy i celem zapobieżenia zbyt częstym zmianom miejsca przeprowadzono t. zw. „dobrowolne“ zobowiązania, że w ciągu 5-ciu lat pracownik nie zmieni miejsca pracy. Oczywista, że w robienie oszczędności mieszkańcy się nie bawią, chociaż są kasy oszczędnościowe Ceny towarów, poza kontyngentem na kartki, są bardzo wysokie. Temu stanowi rzeczy nikt nie zaprzecza, bo jest zbyt oczywisty. Mówi się natomiast, że to są rzeczy chwilowe i nieważne; niedostatki materjalne w porównaniu z wielkiemi celami, które są realizowane, są nic nie znaczące. .

Obywatel sowiecki spędza życie na forum publicznem, życia prywatnego właściwie niema. Rozkład dnia, mniejwięcej taki: praca zawodowa, posiłek w jadłodajniach publicznych, zebrania, kluby. Często godziny pracy nadliczbowe. Mąż i żona rano idą do pracy, dziecko do szkoły i spotykają się wszyscy wieczorem. Cały szereg przyczyn wpływa dodatnio na życie intelektualne, które jest dosyć ożywione. Kina, teatry, koncerty — przepełnione. Książka ma duże powodzenie, i autorom opłaca się pisanie książek. Teatry zarówno o kierunku tradycyjnym (opera, balet), jak i kierunku nowym cieszą się uznaniem publiczności. Należy przyznać, że poziom ich jest zawsze wysoki. Rozumie się, że nowa sztuka ma charakter swoisty, służy celom politycznym urabiania psychiki mas, obraca się w sferze zagadnień aktualnych chwili. Np. jednym z bardzo eksploatowanych tematów jest konflikt młodego pokolenia ze starszem. Wszystkie wysiłki władz skierowane są ku temu, aby opanować umysły młodzieży, wychowywać ją w duchu ideologji komunistycznej. Zdaje się, że udaje im się to w zupełności. Przytem wykorzystywanie dzieci jako źródła informacyj o rodzicach jest na porządku dziennym.

Oto fakt, który miał miejsce w rodzinie znajomych. Matka, widząc swego kilkoletniego synka wychylającego się z okna, woła: „Na Boga! nie czyń tego“! Na to malec— „Czekaj, mamo, powiem w szkole, że ty w Boga wierzysz“.

Niezmiernie charakterystyczny rys życia sowieckiego to propaganda. Od chwili urodzenia do śmierci człowiek jest przedmiotem celowej i nieprzerwanej propagandy: szkoła, teatr, prasa, stowarzyszenia, kluby — wszystko to służy jednemu celowi — urobienia psychiki obywatela według ustalonego wzoru. Ta celowość i planowość różnych środków oddziaływania jest zastanawiająca. Weźmy jako przykład kwestję wydajności pracy. W warsztatach pracy najlepszy robotnik otrzymuje publiczne pochwały i nagrody, najgorszy zaś jest napiętnowany (wypisuje się nazwisko na specjalnej tablicy i t. p.). W Moskwie jest t. zw. „Park kultury i otdycha“, w którym jest aleja

„udarników" t. j. najlepszych robotników. W alei tej ustawione są popiersia kilkudziesięciu robotników odznaczonych za najbardziej wydajną pracę. Pisma codzienne przynoszą nazwiska nowych bohaterów oraz sprawozdania z fabryk i kolektywów rolnych: gdzie i w ilu procentach wykonano plan 5-cio letni. Dodajmy do tego jeszcze mnóstwo plakatów, radjo i t. p. Sprawa aprowizacji i wydajności pracy — dwa stale aktualne zagadnienia. To ostatnie jest kapitalnem zagadnieniem, jeśli idzie o zmianę psychiki ludzkiej; bo w warunkach sowieckich dobrobyt materjalny jako podnieta do pracy jest na ostatniem miejscu, natomiast na pierwszy plan występują podniety psychiczne.

Stosunki wzajemne między ludźmi wydają się obserwatorowi z zewnątrz też jakieś inne. Nie widać tego tonu zabarwienia uczuciowego, współżycie układa się jakby tylko na podłożu wspólnej platformy ideowej. Motywy kierownicze życia ze sfery uczuciowej (co mi się podoba) uległy jakby przesunięciu do sfery intelektualnej (co uznaję za słuszne).

Nie ulega wątpliwości, że w Sowietach powstaje nowy typ człowieka, jakby „znormalizowanego" według pewnego schematu. Porozumienie się międy wschodem i zachodem jest wykluczone, bo używając tych samych pojęć, nadajemy im zupełnie odmienną treść. Dotychczasowe wyniki zdają się przemawiać za tem, że tak jest istotnie. Bo młode pokolenie oraz uświadomieni robotnicy — to fanatycy idei, przekonani, że słuszność jest po ich stronie, że walczą o sprawy wielkie; podtrzymują oni i wywołują nastroje w szerokich masach według życzenia wielkich reżyserów z Kremla.

Jeśli przyszłość nie zaprzeczy temu stanowi rzeczy, będziemy musieli zmienić pogląd nasz na człowieka, odrzucić wszystkie nadbudowy metafizyczne i pogodzić się z faktem, że człowiek — to tylko produkt wytwórczości biosocjalnej o ściśle zdeterminowanych tendencjach, o zwojach mózgowych, których kierunek rozwoju zakreślają stosunki socjalne. Należy zaznaczyć, że ten typ obywatela sowieckiego nie jest bynajmniej statyczny, przeciwnie — cechuje go dynamizm, łatwość przerzucania się z jednego krańca w drugi. Jest to rys niezmiernie charakterystyczny dla stosunków w S. S. S. R.; gdy w głowach przywódców wykrystalizuje jakaś idea, jest natychmiast wcielana w życie. Oczywista, że ponieważ S. S. S. R. jest krajem bardzo rozległym i różnolitym pod wieloma względami, nie wszędzie to wygląda jednakowo i odbywa się jednocześnie. Fakt ten, zdaje mi się, dostatecznie wyjaśnia rozbieżność relacyi o Sowietach. Gdy usłyszymy dziesięć rozbieżnych zdań, wszystkie mogą być prawdziwe, winną jest tylko tendencja autorów do zbyt szerokich uogólnień.

Streszczenia i oceny

Dr. Placzek (Berlin) **„O wstrząsie mózgu“** (Zeitschr. für Bahnärzte № 11 1931 r.).

Autor uważa sprawę istoty wstrząsu mózgu za bardzo ważną dla lekarzy kolejowych i dla tego też z uznaniem podnosi tendencję innych lekarzy do omawiania jej na łamach pisma, poświęconego medycynie kolejowej.

Przedewszystkiem autor obala twierdzenie, że dla rozpoznania wstrząsu mózgu konieczna jest obecność trzech kardynalnych objawów: braku przytomności, wymiotów i braku pamięci o samym wypadku nieszczęśliwym i o okolicznościach wypadkowi temu towarzyszących. Następnie zaznacza, że prócz tych 3 podstawowych (lecz nie niezbędnych!) objawów wstrząsowi mózgu mogą towarzyszyć inne, a mianowicie: bladość, zwolnienie, a w wyjątkowych przypadkach przyspieszone tętno, powierzchowny, bardziej lub mniej zwolniony oddech, brak odruchu źrenic na światło, osłabienie zwieracza pęcherza moczowego i odbytu, występujące w następstwie zawroty głowy, niemożność trzymania się prostopadle, w lekkich przypadkach szum w uszach, iskry przed oczami, osłabienie lub zniesienie w najcięższych przypadkach odruchów, wzmożenie zaś ich w przypadkach lekkich. Przy braku pamięci co do samego wypadku oraz co do momentów poprzedzających ten wypadek mogą istnieć chwile przypomnienia sobie pewnych faktów, np. faktów tyczących się transportu chorego i operacji. Zdaje się, iż okoliczność, że chory bezpośrednio po wypadku był w stanie udać się bez pomocy obcej do domu lub na punkt opatrunkowy, a potem dopiero stracił przytomność, nie przeczy istnieniu wstrząsu mózgu.

Z pośród tych licznych objawów wiele może nie mieć zupełnie miejsca i brak ich nie będzie przeczył istnieniu wstrząsu mózgu. Jeżeliby nawet nie było wymiotów, a tylko mdłości, to i wówczas nie da się wyłączyć wstrząsu mózgu, szczególnie jeżeli wstrząsowi uległa okolica potylicy.

Autor razem ze Stierem uważa, że wstrząs mózgu może występować w bardzo licznych odcieniach, poczynając od lekkich zaburzeń naczynioruchowych i lekkiego bólu głowy, ciągnących się kilka tygodni lub tylko kilka dni.

Na zakończenie autor radzi nadzwyczajną sumienność w wydawaniu orzeczeń lekarskich. Pierwsze takie orzeczenie dziwnie fatalnie ciąży na dalszym biegu spornej sprawy. Częstokroć obecnie, jak zresztą i dawniej, to, co podaje poszwankowany, zapisuje się bezkrytycznie jako rzeczywiste fakty i na tem opiera się ostateczny wniosek. Wówczas często ostateczny ten wniosek brzmi: „wstrząs mózgu“, a osobnik zainteresowany, dowiedziawszy się, rzecz naturalna, o tym wniosku, nie da sobie już nigdy wytłumaczyć, że wstrząsu mózgu nie było, dąży do odszkodowania za wszelką cenę, co w końcu prowadzi do ciężkich nieraz odczynów nerwicowych.

L. Kalic.

Dr. Placzek (Berlin). **„Pracownik kolejowy, oskarżony o zabójstwo.“** Zeitschr. f. Bahnärzte № 12 rok 1931.

Autor przeprowadza analizę psychologiczną, tyczącą się niższego funkcjonarjusza kolejowego Br., a posiadającą pewne znaczenie w sprawie rozpoznawania chorób umysłowych. Pracownik ten, nienagannie pełniący swe obowiązki służbowe, pewnego dnia oskarżył żonę swą o podanie mu trucizny w potrawie. Analiza potrawy tej stwierdziła w niej koło 7 grm. kwasu szczawikowego Wobec tego, że rzecznik państwowy zażądał zbadania władz psychicznych Br., ten ostatni był szczegółowo zbadany przez autora, który, wyłączając możliwość dosypania trucizny przez żonę Br., doszedł jednak do wniosku, że w psychice Br. nie można stwierdzić jakiegokolwiek cierpienia, że jednak jest to człowiek zamknięty w sobie, źle żyjący z żoną z własnej winy, b. gwałtownego usposobienia, robiący awantury w domu, przyczem niszczył sprzęty, czynił hałas, wypędzał żonę z dzieckiem na ulicę i t. p. Wiadome było prócz tego, że kochał się on w siostrze swej żony, lecz bez wzajemności, przeciwnie był on przez swą szwagierkę zniechęcany, przyczem otrzymywał nawet od niej razy.

Autorowi zadano pytanie, czy taki osobnik może być pozostawiony na odpowiedzialnem stanowisku na kolei. Autor orzekł, że nadaje się on raczej na stanowisko mniej odpowiedzialne, wobec czego Br. otrzymał miejsce na kolei, różniące się od poprzedniego mniejszą jedynie odpowiedzialnością. Tymczasem zaś z polecenia autora zarządzona została obserwacja nad zachowaniem się Br.. Ten ostatni zmianę w swem stanowisku służbowem przypisał intrygom siostry swej żony i dotychczasowa miłość jego ku szwagierce przeszła w niena-

wiść. W kilka miesięcy potem Br. zastrzelił swą szwagierkę, strzelając nawet do leżącej na podłodze ofiary i prócz niej zastrzelił inną kobietę, która przypadkiem znalazła się na linji jego strzałów. Potem zaczął uciekać i, dopiero postrzelony, został schwytany. Obrońca urzędowy zażądał umieszczenia Br. w szpitalu dla obłąkanych w celu wyjaśnienia, czy nie jest on chory psychicznie. Obserwacja taka była przeprowadzona i doprowadziła do wniosku, że w chwili popełnienia zabójstwa Br. znajdował się w stanie wysokiego napięcia afektu, które mogło wzbudzić przypuszczenie, że nie miał on w tym momencie poczucia odpowiedzialności za swój czyn.

Rozpatrując reakcje psychiczne oskarżonego na zmiany, które zaszły w jego służbowem położeniu, autor stwierdził, że oskarżony nie potrafił ocenić przychylności ku niemu władzy kolejowej, ujawnionej nie w usuwaniu go całkowitem ze służby na kolei, lecz w przesunięciu go na jedynie mniej odpowiedzialne stanowisko.

Samą chwilę zabójstwa przedstawił on fałszywie, utrzymując, że został sprowokowany przez siostrę żony swej, czemu przeczyły jednak zeznania wiarogodnych świadków. Opinja autora co do stanu psychicznego oskarżonego nie została zachwiana w żadnym kierunku opinją czterech innych psychjatrów, występujących w charakterze ekspertów. Zgodzili się oni, że nie miano tu do czynienia ani z chorobliwemi zaburzeniami w psychice, ani ze stanem utraty świadomości. Ten ostatni stan nie miał miejsca nawet w chwili dokonywania zabójstwa. Jedynie następujące potem czyny, mianowicie strzelanie do leżącej już na podłodze ofiary i do przypadkowo znajdującej się w pobliżu kobiety postronnej można było zdaniem ekspertów uznać za następstwa zamroczenia świadomości skutkiem afektu. Wszyscy jednak psychjatrzy zgodzili się, że Br. jest osobnikiem nienormalnym. W rodzinie jego stwierdzono istnienie manji samobójczej.

Na pierwszym planie autor kładzie stosunek oskarżonego do siostry żony, poddanie się szwagierce na tle płciowem, niezmienne pomimo jej niechęci ku oskarżonemu i zrażaniu go do siebie w najrozmaitszy sposób. Co wpłynęło na przejście miłości tej w nienawiść, czy podejrzenie, że właśnie szwagierka ta wpłynęła na zmianę w służbowem położeniu Br., czy też „śmiertelna nienawiść płci“ w pojęciu teorji Nitsche'go, czy też Br. zamierzał popełnić samobójstwo po zastrzeleniu szwagierki, a do samobójstwa zabrakło mu mocy, nie zostało wyjaśnione ostatecznie. Autor nie sądzi, by t. zw. „masochismus“ był dostatecznem pojęciem w wytłomaczeniu psychiki oskarżonego, chociażby dla tego, że towarzyszące mu uczucie zaspokojenia chuci nie miało tu miejsca.

W zakończeniu autor usprawiedliwia się z tego, że podał całą tę sprawę tak obszernie do wiadomości lekarzy kolejowych. Głównym motywem była chęć wykazania znaczenia wiadomości z zakresu seksuologji. Autor mniema, że lekarz nie jest w stanie bez znajomości tego przedmiotu poznać i pojąć całokształt psychiki człowieka i tem bardziej nie może być doradcą w sprawach zdrowia psychicznego w rodzinie chorego.

L. Kalic.

Dr. Joachim Hein **„O ropniach płuc ze szczególnem uwzględnieniem ich leczenia"** Zeitschrift f. Bahnärzte Nr. 11 1931 r.

We wstępie autor przeprowadza różniczkowanie między ropniem a zgorzelą płuc, poczem wyszczególnia, w jaki sposób powstają patogenetycznie ropnie płuc. Następnie, przechodząc do klinicznej strony ropni płuc, zaznacza, że rozpoznanie nie zawsze może być ustalone drogą badania fizykalnego, gdyż nieznaczne lub bardziej dośrodkowo położone ogniska mogą dawać bardzo nikłe objawy fizykalne lub też nie dawać ich zupełnie. Miarodajną może być zmienność objawów po wysiłkach kaszlowych. W przypadkach obwodowo położonych ognisk często stwierdzamy głośny oddech oskrzelowy oraz tarcie opłucnej. Ciepłota bywa zwykle znacznie podniesiona, często są dreszcze. W przypadkach przerwania się ropnia do oskrzela ciepłota może odrazu opaść. Plwocinę wówczas chory odpluwa „pełnemi ustami", co wraz z cechami plwociny może pomódz do rozpoznania cierpienia. Tak samo może być pomocne w rozpoznaniu ropnia płuc raptowne wystąpienie ropnego zapalenia opłucnej z odmą w razie przebicia się do opłucnej.

W przypadkach ropni płuc chorzy sprawiają wrażenie bardzo osłabionych, przyczem osłabienie szybko wzmaga się, chory bardzo chudnie, bardzo poci się. Opadanie czerwonych ciałek krwi jest bardzo przyśpieszone, ilość leukocytów we krwi jest bardzo zwiększona, na preparatach zabarwionych stwierdza się przesunięcie obrazu wlewo.

Badanie promieniami Roentgena, tak w postaci prześwietlań, jak i zdjęć w kilku płaszczyznach, jest konieczne w każdym przypadku podejrzenia ropnia płuc, lecz ocena wyników tego badania może być dokonana jedynie w łączności z obrazem klinicznym cierpienia. Powtórzenie badania roentgenowskiego może okazać się niezbędnem. Częściowe opróżnienie się jamy ropnia powoduje częściowe napełnienie jej powietrzem, skutkiem czego uwidocznić można zmienność w położeniu ropy w jamie. Jamy gruźlicze rozpoznaje się różniczkowo od jam ropni na zasadzie badania plwociny. Trudności rozpoz-

nawcze mogą wynikać w przypadkach międzyzrazowych lub otorbionych ropnych zapaleń opłucnej. Ostateczne ustalenie rozpoznania czasem możliwe bywa dopiero w chwili dokonywania operacji. Autor ostrzega przed nakłuciem próbnem w razie podejrzenia istnienia ropnia płuca, gdyż może ono spowodować ropne zapalenie opłucnej, albo ropień opłucnej, te zaś cierpienia nie tylko wikłają leczenie, lecz i czynią sam przebieg niepomyślnym. Próbne nakłucie może być dokonane jedynie w czasie dokonywania zabiegu operacyjnego. Jeżeli jednak istnieje podejrzenie ropnego zapalenia opłucnej, to nakłucie próbne jest wskazane, lecz igły nie należy zagłębiać zbyt daleko.

W przebiegu ropni płuc łatwo można poznać, czy ma miejsce samoistne cofanie się sprawy, lub też, czy jest skuteczne leczenie środkami zwykłemi. Ilość plwociny powoli lecz stale zmniejsza się, ciepłota opada, ilość leukocytów zmniejsza się, obraz krwi cofa się wprawo, następuje względna limfocytoza, monocytoza i eozynofilja. Chory staje się weselszym, poty ustępują. Kontrola za pomocą promieni Roentgena i w tym okresie choroby jest konieczna. Krwotoki płucne w przypadkach ropni płuc są rzadkie.

Leczenie ropni płuc zależy przedewszystkiem od przyczyny ich powstania. W razie aspiracji ciał obcych należy zawsze spróbować usunąć je za pomocą bronchoskopu. Przebieg cierpienia wskaże, czy usunięcie ciała obcego wywarło dobroczynny wpływ na to cierpienie. Nie należy jednak łudzić się, by usunięcie ciała obcego mogło samo przez się wystarczyć i uczynić następcze otwarcie jamy ropnia zbytecznem.

W razie istnienia szkodliwego działania czynników zawodowych należy przedewszystkiem wyłączyć to działanie, a dopiero potem przejść do dalszego leczenia. O ile ropnie płuc powstały jako następstwa lub powikłania innych cierpień, to leczenie winno być, narazie przynajmniej, objawowe.

W początkowych okresach ropni płuc autor jest zwolennikiem leczenia nieoperacyjnego. Dopiero, o ile leczenie to nie przynosi pożytku, nie tracąc czasu już, należy możliwie wcześnie uciec się do zabiegu operacyjnego. Ten ostatni może uratować życie choremu nawet w przypadkach przebiegających gwałtownie (foudroyant). Leczenie nieoperacyjne winno trwać, o ile nie widać przy niem widocznego polepszenia nie dłużej niż 2 — 3 tygodnie. Możliwe jest samoistne opróżnienienie się ropnia drogą oskrzelową, lecz wygojenie się samoistne w takich przypadkach jest możliwe, o ile jama ropnia jest stosunkowo nieduża. Wobec tego, że opróżnienie się większych ropni grozi choremu zaduszeniem, należy zawsze w takich przypadkach doradzać

wczesną operację. Ropnie położone powierzchownie grożą ropnem zapaleniem opłucnej i z tego powodu wymagają również wczesnego zabiegu operacyjnego. W razie przedostania się ropy do jamy opłucnej należy operować natychmiast. Z pośród środków aptecznych autor radzi wdychanie olejku terpentynowego za pomocą specjalnego inhalatora zrobionego z kolbki Erlenmeyera. Autor nie radzi podawać olejku terpentynowego do wewnątrz ze względu na możliwe szkodzenie nerkom. Radzi natomiast zastrzykiwanie domięśniowe olobinthin'y (1 cm^3. co 2 — 3 dni) lub anastil'u (to samo dawkowanie) przy częstej kontroli moczu (białko i osad!). Co do gomenolu, który w $20^0/_0$ rozczynie wprowadza się, jak radzą lekarze francuscy, wprost przez tchawicę za pomocą cewnika z zakończeniem z ołowiu pod kontrolą promieni Roentgena, to autor uznaje sposób ten za zbyt uciążliwy i niepewny, by mógł on znaleźć szersze zastosowanie w praktyce. Zato leczenie salvarsanem nie powino być zaniedbane w żadnym przypadku, szczególnie w przypadkach ropni z charakterem zgorzelowym. Zaczynać należy od 0,15 salvarsanu, potem przejść do 0,3, zastrzykując co 2—3 dni. Jeżeli ropień płuc powstał na tle czerwonki wywołanej przez pełzaki, to dobrych wyników można oczekiwać od zastrzykiwań podskórnych, domięśniowych lub dożylnych emetyny w dawkach 0,4 — 0,12. Ogólna ilość w ciągu leczenia nie powinna przewyższać 1,0 gr.

Leczenia surowicami oraz wakcyno-terapji autor nie uważa za specyficzne, ponieważ w ropniach płuc nigdy nie wiadomo, czy otrzymało się hodowlę rzeczywiście wywołującej cierpienie bakterji. Co do odmy sztucznej, to autor sądzi, że niebezpieczeństwa tej metody są częstsze od pomyślnych skutków O ile zabieg ten nie pomaga, to leczenie chirurgiczne jest utrudnione, gdyż otwarcie ropnia płuc jest możliwe jedynie w razie zlepnego stanu opłucnej płucnej i opłucnej przyściennej. Dokonana przod operacją odma sztuczna opóźnia tylko zabieg, mający za zadanie opróżnienie jamy ropnia. Leczenie zresztą za pomocą odmy sztucznej może w przypadkach ropni płuc spowodować ropne zapalenie opłucnej. Autor zatem jest przeciwny stosowaniu odmy płucnej tak w ropniach, jak i w zgorzeli płuc. Lepsze wyniki daje phrenico-exairesis. Najlepszym jednak sposobem pozostanie zawsze otwarcie ropnia. Dowodzą tego najnowsze dane statystyczne.

L. Kalic.

Dr. Wilhelm Gross, Lekarz naczelny dyrekcji kolejowej we Wrocławiu. „**W sprawie wstrząsu mózgu**". (Zeitschrift f. Bahnärzte Nr. 11 1931 r.)

Opinje w kwestji wstrząsu mózgu, wydawane przez kliniki uniwersyteckie, nie zawsze trafiają do przekonania tych lekarzy, którzy uprzednio badali lub obserwowali chorych. Wielu zresztą lekarzy zdaniem autora rozpoznaje wstrząs mózgu niesłusznie. Według autora brak pamięci co do faktów uprzednich nie jest warunkiem niezbędnym do rozpoznania wstrząsu mózgu, podczas gdy nawet chwilowa utrata przytomności jest warunkiem koniecznym. Szczególnie razi autora opinja jednej z klinik psychjatrycznych, że uznanie bezpośrednich następstw działania urazu na wstrząs mózgu jest kwestją umowy, co należy pojmować pod wstrząsem mózgu. Według zdania autora zespół objawów tego cierpienia został ustalony przez największe powagi tak dawniejszych jak i nowszych czasów w ten sposób, że jakakolwiek umowa nie powinna tu zupełnie wchodzić w grę.

L. Kalic.

Dr. A. Fiumel, mjr.-lekarz. „**Ratownictwo w zatruciach**" Nakładem „Lekarza Wojskowego" Warszawa, 1932 r.

Dziełko to, przeznaczone dla użytku lekarzy-praktyków, oddać może znaczną przysługę w przypadkach, kiedy należy szybko zorjentować się, z jakiem zatruciem mamy do czynienia i jak ratować osobnika zatrutego; podaje ono w krótkości istotę zatrucia poszczególnemi substancjami, objawy zatrucia i sposoby ratowania. Układ alfabetyczny środków trujących ułatwia szybkie wyszukanie odpowiedniego leczenia. Jako specjalnie poświęcone ratownictwu w zatruciach, z niewątpliwą korzyścią dla lekarzy zastąpi ono liczne kalendarzyki lekarskie, z których zwykle takie wiadomości dotychczas czerpano.

L. K.

Dr. Ludwik Podkomorski. „**Miłość a Zdrowie**", podręcznik higjeny seksualnej obojga płci. Poznań 1931.

Wprawdzie we wstępie autor wyjaśnia, że przedmiotem jego broszury jest nie „miłość w ogólnem tego słowa znaczeniu", lecz tylko „jeden z jej przejawów, aczkolwiek najgłówniejszy, mianowicie erotyka", tem niemniej niewłaściwość tytułu rzuca się w oczy. Dziełko to bowiem służy tylko celom uświadomienia publiczności o istocie chorób wenerycznych (w formie dla tej publiczności przystępnej) oraz podaje sposoby i środki uchronienia się od zarażenia się cho-

robami wenerycznemi. Jako takie może rzeczywiście okazać się bardzo pożytecznem. Język wogóle poprawny, dlaczego jednak autor używa przymiotnik „syfilistyczny“, a nieco dalej rzeczownik „syfilityk“?

L. K.

A. Brechot i Nové-Josserand. **„Zapalenie pneumokokkowe otrzewnej“.** („XL congrès français de chirurgie; informations et rapports“, październik 1931 r.).

W zapaleniach otrzewnej różnego pochodzenia znajdowano dość często dwoinkę zapalenia płuc, a mianowicie w zapaleniach otrzewnej po zabiegach operacyjnych, po przedziurawieniach wrzodów żołądka, po porodach i poronieniach. Również w zapaleniach wyrostka robaczkowego spotykano dwoinkę zapalenia płuc samą lub jednocześnie z pałeczkowcem okrężnicy. Częstość zapalenia otrzewnej na tle pneumokokkowem jest trudna do określenia, ponieważ niewszystkie przypadki badane są bakterjologicznie. Wiek odgrywa tu dość poważną rolę. Cierpienie występuje najczęściej w dzieciństwie, przyczem u dziewczynek (*Mc Cartney*), jako postać pierwotna, u chłopców zaś — zawsze wtórna, t. j. ognisko zakażenia dwoinką leży poza otrzewną np. w płucach, opłucnej, uchu środkowem, oponach mózgowo-rdzeniowych. Pozatem postacie wtórne są częstsze u niemowląt i u dorosłych.

Choroba przebiega jako zapalenie otrzewnej rozlane lub ograniczone; pierwsze w formie zapalenia septycznego, ropni mnogich i zapalenia ropnego. To ostatnie jest najczęstsze; stwierdza się tu niekiedy około 3—4 litrów ropy w jamie brzusznej. Cechy ropy pochodzenia pneumokokkowego są dość charakterystyczne. Jest ona konsystencji śmietankowatej, bez zapachu, żółtego lub szarego koloru; zawiera złogi gęstego, pływającego włóknika, odkładającego się na powierzchni ścian jamy brzusznej i na narządach. Ogólnie przyjęto, że zapalenie otrzewnej pneumokokkowe w początku rozlane, pod wpływem sił obronnych organizmu naskutek zlepów ogranicza się do jednego miejsca. Otóż autorzy podkreślają. że zakażenie już na samym początku może tylko zająć część surowicówki i w tej właśnie najprostszej postaci zapalenie ograniczone występuje w formie jednego ropnia, różnych rozmiarów, o typowem umiejscowieniu poniżej pępka mniej więcej w linji środkowej, przylegającego do przedniej ściany brzucha. Oprócz tego ropień może powstawać w różnych punktach jamy brzusznej i to niekiedy w liczbie kilku.

Dwoinka zapalenia płuc jest zwykłym gościem jamy ustnej i nosowo-gardzielowej i tam najprawdopodobniej tkwi źródło pierwotnego pneumokokkowego zapalenia otrzewnej. Zakażenie to przychodzi najczęściej do skutku na drodze krwionośnej przy pneumococcaemii, a najrzadziej poprzez przeponę (per contiguitatem).

Obraz kliniczny cierpienia. Początek bywa przeważnie ostry, gwałtowny. Występują silne bóle brzucha z wymiotami, rozwolnieniem i skokiem temperatury. Bóle naogół nie bywają dokładnie umiejscawiane, raczej są rozlane, niekiedy ich nasilenie jest niewielkie. Wymioty nieraz trwają kilka godzin lub kilka dni i powtarzają się ze zmienną częstością.

Głównym różniczkowym objawem jest biegunka występująca już z pierwszemi oznakami choroby. Gorączka dochodzi do 41°C w pierwszych paru godzinach. Tętno odpowiada temperaturze i dosięga 140—160 na minutę. Język jest suchy. Ból głowy znaczny; występują zaburzenia nerwowe szczególnie u dzieci. Często widuje się opryszczkę (herpes). Brzuch jest umiarkowanie wzdęty, miękki, podatny, bolesny przy ucisku najwięcej w okolicy pępka. Powyższe objawy najsilniej występują w przebiegu rozlanego zapalenia, gdzie dochodzi do ogólnego zatrucia (zwłaszcza w postaciach septycznych). Twarz chorego wówczas przybiera wygląd facies abdominalis; chory staje się blady, zupełnie wyczerpany. Brzuch jest nawet niebolesny i mało wzdęty. Śmierć następuje naskutek zapaści sercowej.

W przypadkach zapalenia umiejscowionego stan ogólny jest dość dobry. Wkrótce wymioty, biegunka, bóle — ustępują. Ropnie ograniczone mogą opróżniać się samoistnie nazewnątrz (w miejscu pępka) lub do pęcherza moczowego, pochwy, kiszek.

Przebieg zapalenia pneumokokkowego otrzewnej bywa dość różnorodny. Śmierć następuje w ciągu 24 godzin w przypadkach septycznych lub też w przypadkach lżejszych cierpienie to trwa kilka miesięcy, niekiedy bywa powikłane nawrotami.

W celu dobrego zdjagnozowania omawianego cierpienia trzeba najpierw rozpoznać zapalenie otrzewnej wogóle, a potem dopiero jakiego rodzaju jest to zapalenie. Pierwsze zadanie jest stosunkowo łatwe. Błędy są możliwie w przypadkach nienormalnych, gdzie objawy są maskowane przez istniejące jednocześnie inne choroby np. zapalenie płuc, septicemję, gorączkę tyfoidalną, gruźlicę i t. p. Zapalenie otrzewnej pneumokokkowe różni się od zwykłych ostrych nieżytów jelit tem, że bóle w pierwszym przypadku są silniejsze, a biegunki mają odmienne cechy. Zresztą występujące szybko inne charakterystyczne objawy ułatwią rozpoznanie. Może ono nastręczać duże trud-

ności, jeśli chodzi o odróżnienie pneumokokkowego zapalenia otrzewnej od zapalenia otrzewnej w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza gdy to ostatnie zostało wywołane przez dwoinkę zapalenia płuc, co zdarza się jednakże w niektórych przypadkach. W ciągu pierwszej doby od chwili zachorowania te dwa cierpienia mają bardzo podobne objawy: początek gwałtowny, natężenie bólów, wymioty; objawy miejscowe otrzewnowe tworzą obraz w obu cierpieniach prawie identyczny. Najbardziej wartościowy różniczkowy objaw stanowi tu biegunka, a mianowicie w zapaleniu otrzewnej w przebiegu zapalenia ostrego wyrostka robaczkowego do biegunek w pierwszych dniach choroby naogół rzadko dochodzi, powłoki zaś bywają znacznie napięte i bolesność uciskowa wyraźnie ograniczona do wyrostka robaczkowego, chociaż i ten objaw niezawsze jest pewny, gdyż, jak to autorowie w pewnym przypadku stwierdzili, wyrostek był zupełnie zdrowy, natomiast kręto-okrężnica była zmieniona patologicznie, a w ropniu znaleziono czystą hodowlę dwoinek zapalenia płuc. Wreszcie dla omawianego cierpienia charakterystyczne jest znaczne zwiększenie liczby białych ciałek krwi do 30 tysięcy i wyżej, ze znaczną przewagą leukocytów segmentowanych (do 95⁰/₀). Tymczasem w przebiegu zapalenia otrzewnej od wyrostka robaczkowego tak dużej leukocytozy nie stwierdza się. Śmiertelność w przypadkach ograniczonego zapalenia otrzewnej według autorów wynosi około 20⁰/₀, w przypadkaeh zaś rozlanego około 80⁰/₀.

Leczenie. We wczesnym okresie zapalenia otrzewnej pneumokokkowego rozlanego zabieg operacyjny według autorów jest niebezpieczny i niepotrzebny. W każdym przypadku zapalenia otrzewnej celem laporotomji jest usunięcie ropy i tkanek septycznych oraz zmniejszenie ogniska infekcji, zwłaszcza jeśli chodzi o przedziurawienie wyrostka lub innych trzewi brzusznych. Otóż w zapaleniu pneumokokkowem otrzewnej w pierwszych godzinach niema nic do usuwania, zmiany anatomopatologiczne są niewielkie, ograniczają się do skąpego wysięku śluzowatego na pętlach jelitowych i małej ilości nic nieznaczącego płynu w jamie otrzewnej. Jedynie tylko w przypadkach, w których nie udaje się wyłączyć z całą pewnością przedziurawienia wyrostka robaczkowego, wskazane będzie otwarcie jamy brzusznej. Pozatem w okresie późnym, kiedy ropień już jest sformowany i wyraźnie odgraniczony, przylegający do powłok brzusznych, co przeważnie następuje po 3 tygodniach choroby, należy naciąć jego ścianę i sączkować. Jeżeli natomiast ropień położony jest głęboko i nie przylega bezpośrednio do powłok zewnętrznych, lepiej będzie wstrzymać się z zabiegiem na pewien czas.

Obok leczenia chirurgicznego stosuje się leczenie ogólne bądź przed operacją, bądź też w okresie pooperacyjnym. Leczenie surowicami przeciwpneumokokkowemi, stosowane w Ameryce, dawało niezłe rezultaty, nie zyskało jednak jeszcze prawa obywatelstwa w świecie lekarskim i pozostaje w okresie prób. Szczepienia jeszcze mniej się nadają, zwłaszcza w postaciach septycznych, szybko przebiegających. W tych ostatnich należałoby oczekiwać, podobnie jak od surowic, dobrych wyników i od chemjoterapji. Jak dotąd jeszcze ich nie mamy.

W. Ehrenkreutz

L. Bernard: **„Dramat w Lubece i BCG."** (Presse médicale Nr. 103, 1931 r.).

Znana ogólnie sprawa śmiertelnych wypadków wśród szczepionych dzieci w Lubece, interesująca w pierwszej linji świat lekarski, obok jej traktowania naukowego przez większość uczonych niemieckich, stała się odskocznią dla mniej uczciwych do wycieczek nacjonalistycznych i przeciwko samemu Calmettowi. Taki stan rzeczy skłania autora do publicznego oświetlenia faktów. Autor opiera się na pracach Brunona i Ludwika Lange, znanych bakterjologów niemieckich.

Wypadki śmiertelne w następstwie szczepień niemowląt przeciw gruźlicy, obserwowane w Lubece w okresie od grudnia 1929 r. do połowy kwietnia 1930 r, były spowodowane szczepionką przygotowaną w szpitalu miejskim przez prof. Dr. Deycke. Na 252 dzieci szczepionych zmarło 71. Po każdej autopsji, według doniesień L. Langego, narządy były dokładnie badane bakterjologicznie. W ten sposób otrzymane hodowle były rozpoznane, oprócz jednego wyjątku, jako hodowle złośliwe. Pozatem L. Lange wykazał, że szczepionka B C G nie stała się złośliwą w organizmie szczepionych dzieci, lecz tylko większość z nich otrzymała elementy złośliwe w szczepionce podczas pierwszych szczepień. Obecność tych elementów złośliwych w hodowlach należałoby wyjaśniać w sposób następujący. 1) Albo B C G gwałtownie nabrała zjadliwości w jakichś szczególnych warunkach, nieprzewidzianych przez Calmetta i jako taka została wyhodowana w laboratorjum w Lubece, 2) albo zaszła pomyłka w laboratorjum, bądź przez to, że krew użyta do przygotowania pożywki z jajka i hematyny, zawierała pałeczkowce gruźlicy, bądź też posiano dwukrotnie w tej samej probówce lub zamieniono probówki z powodu mylnego etykietowania.

Co się tyczy pierwszej hypotezy, to jej zwolennikiem jest S. Petroff, który miał przeprowadzać dyssocjację szczepu BCG, posianego według jego metody i otrzymywać różne kolonje zjadliwe pomiędzy

niezjadliwemi. Otóż B. Lange twierdzi, że dyssocjacja na różne typy BCG jest zupełnie możliwa, podobnie jak to się dzieje z innemi bakterjami; natomiast twierdzenie Petroffa, że kolonje o różnym wyglądzie przedstawiały różną zjadliwość, jest zgóry fałszywe, gdyż dostarczone mu szczepy przez samego Petroffa, jako zjadliwe i niezjadliwe, wszystkie okazały się typu ludzkiego i chorobotwórcze dla świnki. Ze swej strony L. Lange badał dyssocjację autentycznych kultur BCG, niezjadliwej kultury dziecięcej typu Hg oraz zakwestjonowanych kultur z Lubeki. Otóż różne typy kolonji, jakie w ten sposób otrzymał okazały się, z wyjątkiem kultur z Lubeki, niezjadliwe.

Podobnież twierdzenie innych autorów o przechodzeniu szczepu BCG z formy niezjadliwej w zjadliwą są mylne i bez wartości, ze względu szeregu błędów popełnianych podczas doświadczeń, jak np. w pewnym przypadku stwierdzono stałe zakażanie zwierząt doświadczalnych przez osobników gruźliczych z personelu laboratoryjnego lub przez inne chore zwierzęta.

L. Lange zrobił siedem pasaży prawdziwej BCG na różnych pożywkach. Otrzymane hodowle były niezjadliwe.

Pozostaje wobec tego możliwość omyłki w laboratorjum. Szczegółowe badania L. Langego z pożywką (jajko + hematyna) wykazały możliwość zakażenia szczepionki BCG w Lubece pałeczkowcami zjadliwemi, pochodzącemi z krwi gruźlików, przysłanej do laboratorjum prof. Deycke dla dokonania analizy Wassermanna; a więc z krwi, której skrzepy posłużyły, jak to czyniono zwykle, do przygotowania pożywki typu: jajko + hematyna, przeznaczonej dla utrzymania kultur BCG, przyczem temperatura, wymagana do sterylizacji takiego skrzepu, nie wystarczała do zabicia bakterji w samem jego wnętrzu. Pozatem według L. Langego istniała możliwość zamiany probówki lub zasianie w tej samej raz szczepu BCG, drugi raz bakterji zjadliwych. Tymczasem według Brunona Langego błędu laboratoryjnego należy szukać w zmieszaniu BCG z hodowlą, pochodzącą z Instytutu Higjeny w Kielu, a przysłaną w sierpniu 1929 r. do pracowni prof. Deycke dla przygotowania t. zw. partigenów Deycke-Much, co uskuteczniano w tym samym lokalu, gdzie sporządzano szczepionkę BCG. Do tej opinji przychylił się ostatnio podczas zeznań w Trybunale 16 grudnia r. ub. i Ludwik Lange.

Wreszcie rehabilitacją szczepu BCG, jako trwałego niezjadliwego, są uchwały Komisji bakterjogów na specjalnej konferencji, zorganizowanej przez Ligę Narodów oraz orzeczenia Akademji Medycznej z dn. 7 lipca 1931 r.

W. Ehrenkreutz

Jacquerod (z Leysin) „**Leczenie tuberkuliną i antygenem**". (Presse médicale Nr. 75, 1931 r.)

Pierwsze próby leczenia gruźlicy według wskazówek Kocha dużemi dawkami tuberkuliny dały wyniki niepomyślne, przeto leczenie to na szerszą skalę zostało zarzucone. Autorytet Kocha był tak duży, że wielu lekarzy pomimo ryzyka przeprowadziło w niektórych sanatorjach próby, używając do nich starych lub nowych tuberkulin, przyczem starano się leczyć niemi nietylko gruźlicę płuc, ale gruźlicę kostną i gruźlicę dróg moczowych i t. p. W omawianej pracy autor przedstawia wyniki swych doświadczeń i innych lekarzy w ciągu 30 lat. Według niego niema zasadniczych różnic w działaniu poszczególnych tuberkulin, a ze stanowiska praktycznego różnice te polegają tylko na dawkowaniu. Wyjątek stanowią tuberkuliny Auclair'a: *enterobaccilina*, wywołująca po zastrzykach zmiany serowate, oraz *chloroformina*, wywołująca zmiany włókniste. Badania nad niemi są nieliczne i nie doprowadziły do ostatecznych wniosków. Autor omawia wyłącznie leczenie tuberkuliną i antygenem gruźlicy płucnej, stwierdzając, że do tuberkulinoterapji nie nadaje się cały szereg rozmaitych postaci gruźlicy, a więc przypadki niedawno powstałe, nawet o przebiegu bezgorączkowym oraz chorzy gorączkujący, mający rozległe i zaawansowane zmiany grużlicze. Nadają się natomiast do leczenia tuberkuliną przypadki gruźlicy przewlekłej, ograniczonej, o łagodnym przebiegu, wykazującej tendencję do gojenia się; przyczem ogólny stan chorych musi być dobry, bezgorączkowy, ze skąpą plwociną, zawierającą jednak prątki gruźlicy. U chorych tej kategorji można na drodze stopniowego dawkowania dojść do 1 cm^3. czystej tuberkuliny dwa razy na tydzień bez wywołania odczynu. Wyniki są następujące: 1) Obok zniknięcia prątków w plwocinie stwierdza się zbliznowacenie zmian płucnych. 2) W przypadkach niekorzystnych prątki nie giną, a przeciwnie każde powiększenie dawki wywołuje objawy ogólnego zatrucia, jak białkomocz, ubytek na wadze, zaburzenia wątrobiane i ze strony kanału pokarmowego. 3) U chorych, którzy znosili dobrze tuberkulinę, jednak prątki w dalszym ciągu w plwocinie wydalali, zastosowanie po kilku miesiącach nowej serji zastrzyków tuberkuliny doprowadzało wreszcie do wygojenia. W przypadkach opornych zmiana rodzaju tuberkuliny była również bezskuteczna. 4) Odczyn naskórny i doskórny znika u leczonych tuberkuliną, lecz powraca po kilku miesiącach przerwy i pozostaje nazawsze dodatni. 5) Wyleczenie tuberkuliną jest trwałe.

W przypadkach gruźlicy chirurgicznej i skórnej stosowano zastrzyki tuberkuliny bezpośrednio do ognisk chorobowych często z re-

zultatami dobremi i szybkiemi, ale nietrwałemi. Obok odpowiedniego doboru przypadków do leczenia tuberkuliną wymagane jest odpowiednie jej dawkowanie, zasadniczo takie, które nie wywołuje reakcji. W przeciwnym razie tuberkulina powoduje zaostrzenie sprawy chorobowej. Z tej racji należy leczenie przeprowadzać pod ścisłą kontrolą lekarską, a więc w szpitalu lub sanatorjach.

Omawiając właściwości *antygenu metylowego* wedłu Negré i Boquet'a, autor podkreśla, że jest to również rodzaj tuberkuliny, o tyle łatwiejszy w stosowaniu w porównaniu ze zwykłą tuberkuliną, że jest już rozcieńczony odpowiednio w ampułkach. Poddają się leczeniu nim tylko przypadki wyżej omówione. Twierdzono, że tuberkulina jest złym antygenem, przeciwnie antygen metylowy miał wywoływać w organizmie powstawanie przeciwciał. Otóż należy zaznaczyć, że rola tych przeciwciał w walce z gruźlicą nie ma większego znaczenia. Sądzono również, że tuberkulina zwiększa odporność ustroju wobec gruźlicy. Autor z takim poglądem się nie zgadza; według niego, zadaniem leczenia tuberkuliną jest na pierwszem miejscu poprawienie stanu miejscowego. *W. Ehrenkreutz*

K. Glaessner **„Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy zastrzykami podskórnemi pepsyny"**. (Presse médicale Nr. 4, 1932 r.).

Liczne obserwacje obok doświadczeń laboratoryjnych wykazały dużą rolę soku żołądkowego w powstawaniu wrzodu żołądka. W patogenezie wrzodu należy podkreślić także znaczenie dyspozycji miejscowej np. małego krwawienia, zatoru drobnego naczynia końcowego śluzówki z jego następstwami.

Już w 1912 r. autor zwrócił uwagę na powstawanie sztucznych owrzodzeń na skórze i na śluzówkach po zastrzykach doskórnych i dośluzówkowych pepsyny solnej (pepsine chlorhydrique). Po takim zastrzyku powstaje najpierw pęcherzyk z zawartością przejrzystą, która wkrótce mętnieje; wytwarza się wówczas martwica. Po dziesięciu dniach oddzielają się tkanki znekrotyzowane, pozostawiając po sobie okrągłe owrzodzenie płaskie lub głębokie, o brzegach lekko podminowanych. Taki wrzód goi się w przeciągu 4—6 tygodni. Fakt, że wrzody śluzówkowe, powstałe w okolicy dna żołądka, rozwijają się o wiele trudniej, aniżeli w okolicy odźwiernikowej, wskazuje na znaczenie dyspozycji komórkowej i związanej z pewnemi komórkami antypepsiny. Dalsze doświadczenia wykazały, że takie wrzody eksperymentalne, zupełnie rozwinięte, goją się znacznie prędzej po zastosowaniu zastrzyków podskórnych „pepsyny obojętnej". Autor tłumaczy sobie tę okoliczność w sposób następujący: pepsyna, jako ferment najbardziej

czynny w organizmie, nie jest tylko produktem wydzielania zewnętrznego, ale także i wewnętrznego (hormonalnego), przyczem sok żołądkowy normalny różni się biologicznie od soku osobnika cierpiącego na owrzodzenie żołądka. Dowodu dostarcza fakt, że po zastrzyknięciu doskórnem śwince soku żołądkowego normalnego powstaje niewielka martwica tkanki, podczas gdy sok patologiczny wywołuje rozległy ropień.

Przygotowanie zastrzyków z pepsyny nastręcza trudności. Nie można wyjaławiać jej zwykłemi sposobami, gdyż już temp. 36^0 niweczy jej działanie. Dopiero filtrowanie roztworu pepsyny przez filtr porcelanowy pod ciśnieniem usuwa wszystkie szkodliwe elementy białkowe, a nie zmniejsza jej wartości zaczynowej. Dodatek antyseptyku w postaci kwasu karbolowego zachowuje roztwór pepsyny w stanie jałowym. Zasadniczym warunkiem pomyślnego działania tak przygotowanej pepsyny wymagany jest jej absolutnie obojętny odczyn. Zastrzyki nie są szkodliwe i są niebolesne, jedynie po zbyt dużych dawkach spostrzegano słabe objawy anafilaktyczne i odczyny miejscowe. Kuracja polega na dwóch serjach zastrzyków po trzydzieści w ciągu roku stosowanych w dawkach wzrastających i malejących. Z chwilą wystąpienia objawów anafilaktycznych należy dawkę zmniejszyć. Leczenie może być przeprowadzone poza szpitalem bez przerywania normalnej pracy chorego. Badania były przeprowadzane na przypadkach, w których nie było wskazań do zabiegów chirugicznych.

Osiągnięto dodatnie wyniki głównie co do objawów subjektywnych, jak np. stwierdzono ustępowanie bólów już po 6—7 zastrzykach. Obserwowano dalej szybkie zwiększanie się wagi, ustanie krwawienia utajonego. W mniejszej ilości przypadków notowano spadek nadkwaśności żołądkowej.

Pomimo trudności w stwierdzeniu poprawy w obrazie roentegenologicznym z tego powodu, że nawet wrzód żołądka wygojony pozostawia wyraźne zmiany roentgenologiczne, w 74$^0/_0$ skonstatowano taką poprawę, jak zanik charakterystycznych nisz, punktów bolesnych i t. p.

W obrazie krwi występuje eozynofilja, jak po niektórych białkach. Zwalnianie wydzielania z sokiem żołądkowym zastrzykniętej czerwieni obojętnej stanowi ważne kryterjum w rozpoznawaniu poprawy. W razie niezwalniania sekrecji należy powtórzyć leczenie.

Pomimo zupełnej poprawy zdrowia autor zaleca stosować leczenie 2 razy do roku w ciągu 2 lat. Oprócz zastrzyków pepsyny autor stosuje ogólne leczenie djetetyczne. Pozatem oddziaływanie na psychikę chorego ma tu swoje znaczenie.

Zastrzykami pepsyny można leczyć także wrzody jelita czczego i przełyku, a nawet poddają się takiemu leczeniu owrzodzenia na śluzówce jamy ustnej, gardła, oraz owrzodzenia na goleni i odleżyny, Jednem słowem jest to leczenie specyficznie hormonalne.

W. Ehrenkreutz

Zygmunt Kurlandzki (Warszaw. Czasop. Lekar. Nr. 3, 1932 r.) **„O leczeniu biegunek u dzieci djetą jabłkową“**.

Dotychczasowe zapatrywania na działanie owoców i soków owocowych na przewód pokarmowy uległy zasadniczej zmianie. Przekonano się, że djeta wyłącznie jabłkowa nietylko nie pobudza do biegunek, ale przeciwnie leczy je radykalnie.

Bez żadnego przygotowania podaje się w ciągu dwu dni papkę jabłkową, sporządzoną z jabłek przetartych na szklanej tarce w ilości 100 — 300 gr. na porcję w zależności od wieku 5 razy dziennie. Należy przestrzegać, aby nic innego podczas stosowania djety nie podawać. Przy silnem pragnieniu można podawać nieco zimnej wody lub herbaty. U niemowląt bardzo młodych stosować można zupę jabłkową według recepty kliniki w Heidelbergu: 250—300 gr. purée jabłkowego, 200—300 gr. rozczynu Ringera i 500—700 gr. herbaty.

Często już po pierwszym dniu powyższej djety liczba stolców zmniejsza się, wymioty ustępują i po 2 ch dniach zjawia się stolec sformowany, a niekiedy dochodzi do zaparcia. Ogólny stan dziecka poprawia się. Po 2 ch dniach stosowania djety jabłkowej podaje się jeszcze w ciągu 2—3 dni djetę przejściową, która składa się z kakao na wodzie, odtłuszczonego rosołu z żółtkiem, twarogu, sucharków i kompotu. U niemowląt, jako djetę przejściową, stosuje się mleko białkowe, maślankę, odwar z jarzyn i klej. Metodę powyższą stosowano i u niemowląt w wieku 9-ciu tygodni.

Djeta jabłkowa nadaje się do zwalczania wszelkich biegunek bez względu na ich etjologję a więc w ostrych lub przewlekłych dyspepsjach, zapaleniach jelita grubego, czerwonce, durze brzusznym, a nawet w tak uporczywem cierpieniu jak morbus coeliacus.

Podkreślić również należy fakt obniżenia się ciepłoty do normy w przypadkach ostrej dyspepsji lub czerwonki przebiegającej z gorączką nieraz już następnego dnia po zastosowaniu leczenia jabłkami.

Jakie czynniki odgrywają rolę leczniczą w stosowaniu djety jabłkowej, jest rozległym tematem dyskusyjnym, faktem jest, że powyższa metoda lecznicza jest prawie niezawodna.

S. Jastrzębowski

Dr. Mieczysław Szajna (Polska Gazeta Lek. Nr. 38—1931 r.). **„Leczenie płatowego zapalenia płuc dożylnem podawaniem roztworu alkoholu etylowego i cukru gronowego“.**

Korzystny wpływ dożylnego wlewania 33% alkoholu etylowego na ropne sprawy płucne autor tłumaczy w ten sposób, że wstrzyknięty alkohol ulega gwałtownemu spaleniu w ustroju, a wytworzony przez to dwutlenek węgla zdaje się być czynnikiem leczącym sprawy zapalne płuc. Aby zwiększyć ilość dwutlenku węgla, autor stosuje 33% alkoholu w 40% cukrze gronowym. Cukier, szybko spalając się, zwiększa ilość dwutlenku węgla w powietrzu wydechowem, ponadto wywiera korzystny wpływ na stan mięśnia sercowego.

Powyższy roztwór w ilości 50 cm^3. autor stosował dożylnie w przypadkach pierwszych 3-ch dni płatowego zapalenia płuc (nie zaniedbując jednocześnie podawania środków nasercowych) i nigdy dotąd nie było potrzeby wstrzykiwać drugiej dawki alkoholu, gdyż już po pierwszej następował krytyczny spadek gorączki i ustąpienie objawów chorobowych. Celem uniknięcia nawrotu choroby autor wstrzykiwał równocześnie domięśniowo 4—6 cm^3. kamfochiny.

Brak efektu po tego rodzaju leczeniu w wypadku wątpliwym wykluczał obecność płatowego zapalenia płuc (wskaźnik djagnostyczny).

Leczenie alkoholem i cukrem gronowym w późniejszych okresach płatowego zapalenia płuc nie daje tak dobrych rezultatów, jak podczas stosowania w pierwszych 8-ch dniach choroby, jednak i w tych wypadkach zaznacza się znaczna poprawa, jak pogłębienie oddechu, poprawa krążenia i samopoczucia chorego.

S. Jastrzębowski

Kronika

Posiedzenie Zarządu Głównego i delegatów Zrzeszenia Lek. kol.

Dnia 20-XII. 31 r. odbyło się w Warszawie posiedzenie Zarządu Głównego i delegatów Zrzeszenia przy udziale 12 członków. Przewodniczył dr. Zawadzki, sekretarzował dr. Niedźwiedzki.

Porządek obrad:

1. Sprawy bieżące.
2. Projekt instrukcji dla lekarzy kolejowych.
3. Zjazd w Krakowie 1932 r.
4. Wolne wnioski.

1. Przewodniczący wygłosił dłuższe przemówienie, w którem, w związku z obecnym stanem kolejnictwa polskiego, przedstawił sytuację lekarzy kolejowych i omówił prace, dokonane przez Zarząd Główny i plany jego na najbliższą przyszłość. W kwestji uregulowania uposażeń na kolejach Zarząd Główny znajduje się w kontakcie ze Związkami Inżynierów, Prawników i Urzędników kolejowych. Zostanie opracowany wspólny projekt celem złożenia go na ręce Pana Ministra Komunikacji.

2. Przeprowadzono szczegółową dyskusję nad projektem Instrukcji dla lekarzy kolejowych, opracowanym przez Koło Poznańskie i Lwowskie. Ustalono zasadnicze tezy. Dla ostatecznego opracowania projektu i uzgodnienia go z wnioskami Koła Gdańskiego i Wileńskiego wybrano komisję, której udzielono mandatu do ostatecznej redakcji.*)

3. Po dłuższej dyskusji uchwalono Zjazdu Zrzeszenia w roku 1932 nie urządzać, a to ze względu na obecny kryzys ekonomiczny. Następny Zjazd delegatów, na zaproszenie Koła Krakowskiego, odbędzie się w maju w Krakowie.

---

*) Powyższa Komisja w składzie D-rów: Józefa Zawadzkiego, Józefa Mazurka, Michała Niedźwieckiego, Bermańskiego, Umiastowskiego, Żebrowskiego odbyła posiedzenie d. 14. II r. b i ostateczną redakcję projektu ustaliła.

4. a) Na wniosek Redaktora „Lekarza Kolejowego" uchwalono, aby honorarja za referaty i streszczenia, poczynając od 1 stycznia 1932 r., pokrywane były z funduszów Zarządu Głównego. Wysokość opłat określi komitet redakcyjny.

b) Wnioski Koła Krakowskiego w sprawie biletów wolnej jazdy przekazano Zarządowi Głównemu.

c) Również przekazano Z. Gł. wniosek Koła Krakowskiego w sprawie przenoszenia lekarzy kolejowych z jednej miejscowości do drugiej.

d) Koło Krakowskie zgłosiło wniosek w sprawie emerytowania lekarzy kolejowych, którzy ukończyli 60 lat. Przekazano wniosek Zarządowi Głównemu.

e) W sprawie bezprocentowych zaliczek wyjaśniono, że korzystać z nich mogą pracownicy kolejowi etatowi.

f) Udzielono wyjaśnień w związku z wnioskiem Koła Stanisławowskiego w sprawie biletów rocznych na całą Polskę.

g) Koło Stanisławowskie zgłosiło wniosek w sprawie wynagrodzenia lekarzy kolejowych, zamieszkałych w zdrojowiskach, którzy podczas sezonu mają pracę znacznie zwiększoną. Wniosek przekazano Z. Gł.

h) Sprawę propozycji wejścia do „Związku Pracowników z wyższem wykształceniem" załatwiono negatywnie.

i) Delegat Koła Gdańskiego poruszył sprawę stosunku Zrzeszenia do Związku Lek. P. P. Zapadła uchwała, zgodna z poprzedniemi uchwałami Zjazdu delegatów.

Ponieważ Dr. Fürbek, delegat Koła Krakowskiego, przechodzi na emeryturę, Przewodniczący przed zamknięciem posiedzenia w serdecznych słowach podziękował Mu za wieloletnią gorliwą i owocną pracę dla dobra Zrzeszenia Lek. Kol.

Zmiany służbowe lek. kol. w roku 1931

Nowoprzyjęci;

1. Dr. Pietrzykowski Józef, Radzionków, lek. rej.
2. „ Koehler Zygfryd, Szopienice, lek. rej.
3. „ Zabiega Tadeusz, Dolina, lek. rej.
4. „ Paczkowski Jan, Królewszczyzna, lek. rej
5. „ Trębowicz Piotr, Lida, lek. rej.
6. „ Bejnar Tomasz, Pińsk, lek. rej.
7. „ Kutiłek Włodzimierz, Łuniniec, lek. rej.
8. „ Karpiński Piotr, Brześć, okulista

9. Dr. Zemojtel Władysław, Wilno, ord. szp. kol.
10. „ Snarski Wacław, Brześć, asyst. szp. kol.
11. „ Oszmian Bronisław, Brześć, asyst szp. kol.
12. „ Łączkowski Antoni, Dyr. Pozn. lek. rej
13. „ Gomerski Alfred, „ „ „ „
14. „ Karwiałło Piotr, Jabłonna, lek. rej.
15. „ Jaros Wiesława, Skierniewice, lek. rej.
16. „ Sałaciński Henryk, Pruszków, „ „
17. „ Jefremienko Andrzej, Wołomin, lek. rej.
18. „ Gimbutt Wład., Zduńska Wola, „ „
19. „ Kruczek Szczepan, Lubaczów, „ „
20. „ Kulpiński Edward, Złoczów, „ „
21. „ Baum-Nowerowa Lei, Rozwadów, dent.

Zwolnieni (na własne żądanie):

1. Dr. Zabłocki Stanisław, Lwów. laryngolog
2. „ Kostrzewski Czesław, Dyr. Pozn. lek. rej.
3. „ Rydlewski Celestyn, „ „ „ „
4. „ Wojciechowski Kazim. „ „ „ „
5. „ Gołąb Władysł., Skierniewice, lek. rej.
6. „ Burjan Ludwik, Wołomin, lek. rej.
7. „ Bogucki Czesław, Brześć, asyst. szp. kol.
8. „ Koiszewska Janina, „ „ „ „
9. „ Ossoliński Artur, Stanisławów, lek. rej.
10. „ Spiller Alfons, Szopienice, lek. rej.
11. „ Roessler Witold, Lubliniec, lek. dent.

Przeniesieni:

1. Dr. Opolski Jan, Nacz. Wydz. Sanit. D. O. K. P. Stanisławów do D. O. K. P. Lwów, Nacz. Wydz. Sanit.

2. Dr. Wachter Stefan, lek. sanit. D. O. K. P. Stanisławów — Nacz. Wydz. Sanit. w Stanisławowie.

3. Dr. Stemerowicz Leonard, lek. rej. w Radzechowie — do Przemyśla.

4. Dr. Białostocki Marceli, lek. rej., Strzemieszyce — do D. O. K. P. Warszawa (Strzemieszyce).

5. Dr. Piast-Szlubowki, lek. rej. w Zdołbunowie—do Aleksandrowa Kuj.

Emerytowani:

1. Dr. Zgórski Kazimierz, Nacz. Wydz. Sanit. D. O. K. P. Lwów.
2. „ Lenartowicz Roman, lek. rej. Ustrzęki.
3. „ Schmeidler Leon, lek. rej. Przemyśl.

4. Dr. Szepczenko Piotr, lek. rej., Radziwiłłów.
5. „ Woronowicz Stanisław, lek. rej., Pińsk.
6. „ Moszyński Marjan, ord. szp. kol. w Wilnie.

Zmarli:

1. Dr. Andruszewski Mieczysław, wenerolog we Lwowie.
2. „ Witman Ludwik, lek. rej. Radzionków, Dyr. Kat.
3. „ Kącki Stanisław, lek. rej. w Dolinie.
4. „ Kittner Jakób, lek. rej. w Borszczowie, Dyr. Stan.
5. „ Dobrowolski Stanisław, lek. sanit. D. O. K. P. Warszawa.
6. „ Gajdziński Antoni, lek. rej. w Łazach.
7. „ Jastrzębski Władysław, lek. rej. w Aleksandrowie Kuj.

Cześć Ich pamięci!

D. O. K. P. Warszawa

Dnia 29 listopnda 1931 r. przy udziale p. Ministra Komunikacji dokonano poświęcenia nowego gmachu Warszawskiej Dyr. Kol. Położony on jest na prawym brzegu Wisły, przy ul. Targowej 74 i przedstawia się nadzwyczaj okazale.

Muzeum Kolejowe

Dnia 14 grudnia r. z. p. Minister Komunikacji dokonał otwarcia Muzeum Kolejowego w Warszawie, ulokowanego w domu przy ulicy Nowy Zjazd Nr. 1. Zawiera ono 450 przedmiotów i 800 tablic, fotografji, wykresów i t. d. Niestety, z powodu braku miejsca, nie można było umieścić wszystkich okazów.

Muzeum otwarte jest od godz. 10 do 14 w niedziele, święta, wtorki i czwartki. Wejście dla kolejowców bezpłatne, inne osoby płacą 40 gr., dzieci i ucząca się młodzież — 20 gr.

Zjazdy i Kongresy

1. *VIII Zjazd Dermatologów Polskich* odbędzie się we Lwowie w czerwcu 1932 r. Temat główny: „Badanie czynnościowe skóry."

2. *XII Zjazd Psychjatrów Polskich* odbędzie się 14, 15 i 16 maja 1932 r. w Białymstoku i Choroszczy. Temat główny: „Fizjologja i patologja charakteru."

3. *Zjazd Polskiego Tow. Chirurgów* odbędzie się w Poznaniu w Kwietniu 1932 r.

4. *Zjazd Polskiego Tow. Otolaryngologicznego* odbędzie się w Warszawie w czerwcu r. b. Temat główny: „Zagadnienie ozaeny."

5. *III Międzynarodowy Kongres techniki sanitarnej i higjeny* miast odbędzie się w Lyonie d. 6—9 marca r. b.

6. *IX Zjazd Międzynarodowego Tow. Chirurgów* — d. 15 — 18 marca w Madrycie. Tematy programowe: „Chirurgja przełyku", „Ropnie płuc niegruźlicze", „Leczenie guzów rdzenia" i „Znieczulenie w chirurgji".

7. *Zjazd Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej* w Rzymie, d. 19 — 24 maja r. b.

8. *II Międzynarodowy Zjazd Aktynologiczny* w Kopenhadze — d. 25 — 28 sierpnia r. b.

9. *Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy* w Hadze d. 6 — 9 września r. b. Tematy główne: „Stosunek allergji do odporności", „Chryzoterapja" i „Opieka posanatoryjna".

10. *II Międzynarodowy Kongres Otolaryngologiczny* w Madrycie d. 27 — 30 września r. b. Tematy główne: „Twardziel", „Ozaena" i „Otoskleroza".

11. *IV Zjazd Lekarski w Krynicy* odbędzie się 15 — 16 maja r. b. Zgłoszenia przyjmuje Dr. W. Skórczewski w Krynicy.

12. *III Zjazd Polskiego Tow. Lek. Radjologicznego* odbędzie się 4 — 5 maja w Warszawie. Tematy główne: 1) Stosunek obrazu radjologicznego do obrazu klinicznego w gruźlicy płuc; 2) Mięsaki kostne w obrazie radjologicznym; 3) Promieniolecznictwo gruźlicy; 4) Radjoterapja chorób nerwowych.

Zgłoszenia — Dr. Kryński, ul. Zielna 11.

13. *Międzynarodowy Kongres lek.* w Vichy odbędzie się 19 — 22 września r. b. Temat główny: „Kamica żółciowa". Zgłoszenia — Paris, 24 Boul. des Capucines, Secrét. Général du Congrès.

Instytut dla badania raka otwarto w Wilnie d. 22 listopada 1931 r. Instytut posiada narazie 40 łóżek. Jest on czwartym z kolei w Polsce po Warszawie, Łodzi i Lwowie.

Instytut radowy im. Marji Skłodowskiej-Curie.

W początkach stycznia rozpoczyna pracę Dział Medycyny Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie, przy ul. Wawelskiej 15, w kompleksie gmachów, specjalnie na ten cel budowanych i urządzonych według planów, opracowanych w porozumieniu z Instytutem Radowym w Paryżu, który również posłużył za wzór przy organizacji i wyborze metod pracy.

Zadaniem Instytutu są badania naukowe nad działaniem promieni radu i innych źródeł energji promienistej oraz zużytkowanie ich właściwości leczniczych w sposób, oparty na podstawach naukowych.

W zasadzie Instytut jest przeznaczony dla wszelkiego rodzaju chorych, nadających się do leczenia energją promienistą, jednak specjalnie dla chorych na nowotwory złośliwe.

Dyrektorem Działu Medycyny jest dr. Franciszek Łukaszczyk, który odbył kilkoletnie specjalne studja w Instytucie Radowym w Paryżu, następnie zaś w analogicznych zakładach Niemiec i Szwecji.

Dział Medycyny Instytutu obejmuje: pracownie naukowe lekarskie, Szpital oraz Przychodnię.

Szpital, obliczony na 63 łóżka I, II i III klasy, ma następujące działy: 1) leczenia radem z 1-ym gramem radu, 2) leczenia promieniami Roentgena z 5-ma miejscami do głębokiej terapji i 1-ym aparatem djagnostycznym, oraz 3) dział chirurgiczny z instalacjami do elektroendotermji.

Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia w Instytucie jedynie po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w Przychodni Instytutu, która będzie czynna w godzinach przedpołudniowych codziennie, z wyjątkiem niedziel, świąt i sobót. Przed skierowaniem chorego, zwłaszcza z prowincji, pożądane jest porozumienie się z Instytutem i podanie głównych danych klinicznych, specjalnie jeżeli chodzi o przypadki nowotworów złośliwych.

Państwowa Szkoła Higjeny.

Dnia 28 listopada r. ub. w Państwowej Szkole Higjeny odbyło się zamknięcie VII-go kursu trachomatologji dla lekarzy.

Na kurs zgłoszonych było 69 kandydatów; ukończyło kurs 50 lekarzy ze wszystkich województw Polski, przyczem 20-tu lekarzy otrzymało z Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. zasiłki na odbycie kursu.

Ponieważ w poprzednich kursach brało udział 323 słuchaczy, ogółem zatem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państw. Szkole Higjeny 373 lekarzy.

Po sprawozdaniu z przebiegu kursu D-ra M. Zacherta, jako kierownika kursu, przemawiali: w imieniu Dep. Służby Zdrowia M. S. Wewn.—Dr. H. Palester, Naczelnik Wydziału chorób zakaźnych, podnosząc znaczenie tych kursów w organizacji walki społecznej z jaglicą, w imieniu prelegentów — Doc. Dr. W. H. Melanowski, w imieniu Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy — Dr. S. Stypułkowski podkreślił zadanie i pracę lekarzy w przychodniach przeciwjagliczych, w imieniu słuchaczy przemawiał Dr. Stenzel, dziękując Kierownictwu Państw. Szkoły Higjeny, Depart. Służby Zdrowia i kierownikowi, dr-wi Zachertowi, za organizację kursu. W końcu przemówieniem zamknął kurs Dyrektor Państw. Szkoły, Dr. W. Chodźko, poczem rozdane zostały zaświadczenia z wysłuchania kursu.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Dnia 12 stycznia odbyły się wybory zarządu W. T. L. na rok 1932. Wybrani zostali: na prezesa: prof. Dr. Witold Orłowski, na wiceprezesa: Dr. Zdzisław Sławiński, na podskarbiego: Dr. Marjan Ryłko, na bibljotekarza: Dr. Maksymiljan Zwejgbaum, na sekretarza dorocznego: Dr. Karol Chodkowski, na zastępcę sekretarza: Dr. Mirosława Kruszówna. Do Zarządu powołany został Dr. Józef Mazurek, do Komisji Rewizyjnej: Dr. Stanisław Gurbski i Dr. Stanisław Zembrzuski.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Dnia 13 stycznia odbyły się wybory do zarządu Krak. Tow. Lek. na rok 1932. Wybrani zostali: na prezesa: Prof. Dr. Franciszek Walter, na wiceprezesa: Dr. Adam Maciąg, na sekretarza dorocznego: Dr. Henryk Reiss. Delegatem do Tow. Lekarzy Polskich byłej Galicji wybrano prof. Dr. Józefa Latkowskiego.

Do wszystkich Członków Towarzystwa Kolonji Letnich Pracowników Warszawskiej Dyrekcji Kolei Państwowych.

Rozpoczęta w roku ubiegłym propagandowa akcja Wychowania Fizycznego na gruncie Towarzystwa Kolonji Letnich Pracowników Warszawskiej Dyrekcji Kolei Państwowych stworzyła dogodne warunki do całkowitego zrealizowania opracowanego przez Zarząd planu działalności, mającego na celu poprawę i podtrzymanie zdrowia swych członków oraz ich rodzin.

Przeprowadzone w czasie ferji wakacyjnych Obozy Wychowania Fizycznego dla dzieci członków Towarzystwa dały nadspodziewane rezultaty. Czterotygodniowy pobyt kilkuset dziewcząt i chłopców w dogodnych warunkach życia obozowego w górskiej miejscowości przyczynił się w dużej mierze do usunięcia tych braków fizycznych, które są następstwem bytowania w wielkiem mieście.

Zorganizowana sekcja Wychowania Fizycznego przy Towarzystwie zdołała skupić gromadkę dziewcząt i chłopców, która od szeregu miesięcy uprawia ćwiczenia fizyczne w różnych formach.

Doceniając znaczenie Wychowania Fizycznego dla jednostki i społeczeństwa, Zarząd Towarzystwa pragnie w dalszym ciągu kontynuować rozpoczętą akcję; w tym celu postanowił zwrócić się z apelem do wszystkich członków i ich rodzin, aby czynnie dla własnych korzyści popierali te zamierzenia.

Zarząd Towarzystwa w najbliższych dniach organizuje specjalne lekcje gimnastyki, zabaw ruchowych, gier sportowych i pływania. W lekcjach tych mogą brać udział wszyscy członkowie Towarzystwa bez względu na płeć i wiek.

W miarę napływu zgłoszeń kandydatów (tek) będą tworzone zespoły, które zostaną powierzone wykwalifikowanym instruktorom Wychowania Fizycznego.

Lekcje odbywać się będą w porze wieczorowej i święta w sali gimnastycznej Ośrodka Wychowania Fizycznego, Al. Ujazdowskie Nr. 1 i w krytym basenie pływackim, Wolska Nr. 52. Pozatem Zarząd Towarzystwa przystępuje również do uruchomienia sekcji sportów strzeleckich, która rozpocznie swą działalność w krytej strzelnicy w ogrodzie Saskim; w programie prac tej sekcji przewidziane są konkursy i zawody strzeleckie z broni małokalibrowej.

Zgłoszenia i zapisy członków (względnie ich rodzin) uskutecznia oraz wszelkich informacji udziela Biuro Zarządu Towarzystwa, Al. Jerozolimskie Nr. 6 m. 7 w godzinach biurowych.

Zarząd Towarzystwa Kolonji Letnich Pracowników
Warszawskiej Dyrekcji Kolei Państwowych

Komunikat Towarzystwa Kolonji Letnich Pracowników Warszawskiej Dyrekcji Kolei Państwowych.

W celu spopularyzowania sportu pływackiego wśród członków Towarzystwa i ich rodzin obojga płci Zarząd Towarzystwa Kolonji Letnich organizuje kurs nauki pływania w zimowym krytym basenie przy ul. Wolskiej Nr. 52. Temperatura wody w basenie pływackim wynosi do 25^0 C. Kurs odbywać się będzie pod kierunkiem wykwalifikowanego instruktora pływania raz w tygodniu w czwartki od godziny 18-ej do 19-ej. Opłata za 1 godzinę nauki pływania wynosić będzie 25 groszy. Dla młodzieży do lat 18-tu potrzebna jest piśmienna zgoda rodziców.

Zgłoszenia imienne przyjmuje Biuro Zarządu T-wa, Aleje Jerozolimskie Nr. 6 m. 7 w godzinach biurowych do dnia 31 grudnia 1931 r.

Pierwsza lekcja odbędzie się dnia 7 stycznia 1932 r.

Niezależnie od powyższego Zarząd T-wa zawiadamia, że w prowadzonej obecnie sekcji gier sportowych są jeszcze wolne miejsca dla młodzieży obojga płci.

Zaprawa sportowa tej sekcji odbywa się w każdą niedzielę w Sali Ośrodka Wychowania Fizycznego, Aleje Ujazdowskie Nr. 1 od godz. 14-ej do 17-ej. Zapisy w dalszym ciągu do tej sekcji również przyjmuje Biuro Zarządu T-wa.

Zjazd Psychjatrów Polskich

Zgodnie z uchwałą XI Zjazdu psychjatrów polskich tegoroczny Zjazd odbędzie się 14, 15 i 16 maja w Białymstoku i Choroszczy

TYMCZASOWY PROGRAM ZJAZDU:

I dzień.

1. Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa) — Biologja charakteru.
2. Doc. M. Zieliński (Kraków) — Konstytucja i charakter.
3. Prof. S. Baley (Warszawa) — Charakter normalny.
4. Prof. S. Borowiecki (Poznań), prof. S. Pieńkowski (Kraków), Dr. W. Sterling (Warszawa) — Patologja charakteru.
5. Dr. M. Bornsztejn (Warszawa) — Charakter w świetle teorji psychoanalitycznej.

II dzień.

Rozwój charakteru przestępczego

1. Pułk. J. Nelken (Warszawa) — Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-karnem.

2. Doc. W. Łuniewski (Tworki) — Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-cywilnem.
Walne zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III dzień.

Luźne odczyty dotychczas zgłosili:

1. Dr. S. Bychowski (Warszawa)—Biogoneza a patogeneza charakteru.
2. Dr. W. Spektorowa (Łódź) — Zmiany charakteru u dzieci przestępczych.
3. Dr. Swierczek (Dziekanka) — a) O leczeniu Schizophrenii malarją, b) o leczeniu epilepsji malarją.
4. Dr. W. Terajewicz (Choroszcz) — O powołaniu społecznem lekarza psychjatry.

Regulamin Zjazdu został ogłoszony w zeszycie XIV/XV Rocznika Psychjatrycznego. Zgłoszenia odczytów należy nadsyłać do 20 III b. r. na ręce Sekretarza Zarządu Głównego P. T. P. D-ra J. Handelsmana (Pruszków — Tworki). W sprawach organizacyjnych uprasza się zwracać do wyż. wymienionego Komitetu.

Dr. Deresz

Mikołaj Skiba — **Umieralność niemowląt w Polsce w świetle statystyki urzędowej.** Str. 31, cena 0,80. Skład główny: Księgarnia Bibljoteka Religijna.

Na podstawie danych statystyki autor podaje przyczyny umieralności niemowląt i martwych urodzeń w Polsce. Bardzo obfity materjał daje możność do wyciągania wniosków jak najbardziej prawdopodobnych. Cyfry, pochodzące z zupełnie pewnych źródeł, doprowadzają do wskazania alkoholizmu jako głównej przyczyny zgonów niemowląt.

Mikołaj Skiba — **Alkoholizm jako zagadnienie gospodarcze w Polsce** Lwów 1932. Skład główny: Księgarnia Bibljoteka Religijna. Str. 80. Cena 1,80 — Zawiera: I Spożycie alkoholu, II Spożywcy napojów alkoholowych, III Przyczyna alkoholizmu, IV Alkoholizm a bogactwo; 1 straty, 2 korzyści, V Sposoby przeciwdziałania. Książka, napisana bardzo treściwie, daje wszechstronne rozpatrzenie znaczenia alkoholizmu w gospodarstwie narodowem, opierając się na wszystkich dostępnych w tej dziedzinie danych statystyki państwowej. Statystyki uzupełnione dobrze ujętemi wykresami, z całą wyrazistością wyjaśniają zjawiska gospodarcze, zachodzące w Polsce w związku z alkoholizmem. Obszernie jest tam potraktowany stosunek Państwa i rolnictwa krajowego do alkoholizmu, co przyczynia się do zrozumienia zawiłego zagadnienia interesu rządu w handlu alkoholem. Aczkolwiek w książce znajduje się dużo cyfr i tablic statystycznych, jest napisana tak lekko, że czyta się ją z całem zainteresowaniem. Jest ona doskonałym podręcznikiem dla prelegentów przeciwalkoholowych, a ze względu na temat, jaki porusza, powinna dojść do rąk ekonomistów i wszystkich działaczy społecznych.

Spis rzeczy.

Sommaire.